

**UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO SAÚDE, SOCIEDADE & AMBIENTE - SaSA**

Uendel Gonçalves de Almeida

**ESTUDO DE CASO:
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERSPECTIVA DAS EGRESSAS DO
PROGRAMA “MULHERES MIL” EM ALMENARA, MINAS GERAIS**

DIAMANTINA

2016

**Estudo de caso: Violência obstétrica na perspectiva das egressas do
programa Mulheres Mil em Almenara, Minas Gerais**

Dissertação apresentada ao
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO
EM SAÚDE, SOCIEDADE E
AMBIENTE, nível de MESTRADO
como parte dos requisitos para
obtenção do título de MESTRE

Orientador : Prof.^a Dr.^a Ana Catarina
Perez Dias

Data da aprovação : 10/12/2016


Prof.^a Dr.^a SILVIA REGINA PAES - UFVJM


Prof.^a Dr.^a ROSANA PASSOS CAMBRAIA - UFVJM


Prof.^a ÉRICA DUMONT PENA - UFMG


Prof.^a Dr.^a MARIA DA PENHA RODRIGUES FIRMES - UFVJM


Prof.^a Dr.^a ANA CATARINA PEREZ DIAS - UFVJM

Ficha Catalográfica – Serviço de Bibliotecas/UFVJM
Bibliotecário Anderson César de Oliveira Silva, CRB6 – 2618.

A447e	<p>Almeida, Uendel Gonçalves de Estudo de caso: violência obstétrica na perspectiva das egressas do programa “Mulheres Mil” em Almenara, Minas Gerais / Uendel Gonçalves de Almeida. – Diamantina, 2017. 111 p. : il.</p> <p>Orientador: Ana Catarina Perez Dias</p> <p>Dissertação (Mestrado Profissional – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. 2016.</p> <p>1. Mulheres. 2. Parto. 3. Violência obstétrica. I. Título. II. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.</p> <p style="text-align: right;">CDD 618.4</p>
-------	---

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

RESUMO

Sabe-se que a violência obstétrica caracteriza-se pela apropriação do corpo em processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde. Este tipo de violação ao corpo feminino ocorre por meio de tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, o que causa a perda da autonomia e capacidade de decisão livre sobre seus corpos e sexualidade. Além disso, há um impacto negativo na qualidade de vida das mulheres. Sendo assim, esta dissertação tem como objetivo avaliar a existência de violência obstétrica entre mulheres atendidas pelo Programa Mulheres Mil, no município de Almenara, Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. Neste sentido, o conhecimento adequado do planejamento para o parto é um instrumento fundamental para decidir qual dos tipos será escolhido. Nesta pesquisa, buscou-se apresentar os melhores ou menos arriscados caminhos para o parto, por meio de entrevistas realizadas com vinte gestantes que falaram como se sentiram e foram tratadas pelo serviço de saúde, especificamente da enfermagem obstétrica e, também, por meio de revisão bibliográfica, ao utilizar autores que estudaram a temática defendida. O estudo é transversal, com técnicas quantitativas e qualitativas. Atento à proposta do curso de mestrado profissional interdisciplinar, buscou-se alinhar aos problemas reais encontrados pelo autor no dia a dia da prática assistencial às gestantes, ao intuito de humanização da assistência prestada pelos profissionais da área de saúde. Diante dos dados colhidos na pesquisa, restou clara a necessidade de uma cartilha informativa a ser mantida nos postos e hospitais e também distribuídas entre as mulheres gestantes. Sabe-se também que toda mulher tem direito ao pré-natal de qualidade e este tem como objetivo a saúde e o bem-estar dela e do bebê. Porém, ainda há registros de casos de maus-tratos e omissão, inclusive na hora do parto. Com a interpretação dos dados coletados, constatou-se que há falta de informações que devem ser prestadas às mulheres grávidas. Também foi possível verificar que a cesariana vem sendo usada como uma prática de programação da mãe, sem levar em conta a necessidade ou mesmo o que seria melhor para a criança. Muitas mulheres têm optado por esse tipo de parto sem que os postos de saúde ou hospitais lhes mostrem os riscos provenientes dessa prática. As parturientes entrevistadas, além de não saberem as informações básicas acerca da obstetrícia humanizada, desconheciam seus direitos sobre o assunto. Mas, ainda mais grave, alguns foram negados a elas, como o de ter um acompanhante. A forma mais eficaz de combate à violência obstétrica é despertando a população para a existência dessa realidade. Desta forma, o acesso à informação contribui para o empoderamento das mulheres, que podem ser vítimas do medo de denunciar quem praticou a violência. A humanização do parto relaciona-se, esta forma, diretamente com a atuação dos profissionais de saúde que, por meio da ação coletiva, interdisciplinar, e com respeito à fisiologia materna, pretende minimizar as intervenções desnecessárias por meio do reconhecimento social e cultural do parto e do suporte emocional oferecido à parturiente e a sua família de modo a promover a criação de laços na relação mãe-bebê.

Palavras-chave: Mulheres; parto; e violência obstétrica.

ABSTRACT

It is known that obstetric violence is characterized by the appropriation of the body in the reproductive processes of women by health professionals. This type of violation to the female body occurs through dehumanized treatment, abuse of medicalization and pathologization of natural processes, which causes loss of autonomy and ability to decide freely on their bodies and sexuality. In addition, there is a negative impact on women's quality of life. Thus, this dissertation aims to evaluate the existence of obstetric violence among women attended by the Women Thousand Program, in the municipality of Almenara, Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. In this sense, adequate knowledge of childbirth planning is a key tool in deciding which type to choose. In this research, we attempted to present the best or least risky ways of delivery, through interviews with twenty pregnant women who spoke about how they felt and were treated by the health service, specifically obstetric nursing, and also by means of a review Bibliographical, when using authors who studied the theme defended. The study is transversal, with quantitative and qualitative techniques. Aiming at the proposal of the interdisciplinary professional master's degree course, we sought to align with the real problems encountered by the author in the day-to-day practice of care for pregnant women, in order to humanize the care provided by health professionals. Given the data collected in the research, the need for an informative booklet to be maintained at the stations and hospitals and also distributed among pregnant women remained clear. It is also known that every woman has the right to prenatal quality and this is aimed at the health and well-being of her and the baby. However, there are still records of cases of maltreatment and omission, including at the time of delivery. With the interpretation of data collected, it was found that there is a lack of information that should be provided to pregnant women. It was also possible to verify that cesarean section has been used as a programming practice for the mother, regardless of the need or even what would be best for the child. Many women have opted for this type of delivery without the health posts or hospitals showing them the risks from this practice. The parturients interviewed, in addition to not knowing the basic information about humanized obstetrics, did not know their rights on the subject. But even more serious, some were denied to them, such as having an escort. The most effective way to combat obstetric violence is to awaken the population to the existence of this reality. In this way, access to information contributes to the empowerment of women, who may be victims of the fear of denouncing those who have committed violence. The humanization of childbirth is directly related to the work of health professionals who, through collective, interdisciplinary action and with respect to maternal physiology, seeks to minimize unnecessary interventions through the social and cultural recognition of childbirth And the emotional support offered to the woman and her family in order to promote the creation of bonds in the mother-baby relationship.

Key words: Women; childbirth; and obstetric violence.

RESUMEN

Sabemos que la violencia obstétrica caracteriza por la apropiación del cuerpo en los procesos reproductivos de las mujeres por parte de profesionales de la salud. Este tipo de violación del cuerpo femenino se produce a través del tratamiento deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, lo que provoca la pérdida de la autonomía y la toma de decisiones sobre sus cuerpos y sexualidad libre. Además, hay un impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres. Por lo tanto, este trabajo tiene como objetivo evaluar la existencia de la violencia obstétrica entre mujeres atendidas en el Programa de mil mujeres, en el municipio de Almenara, Valle de Jequitinhonha, Minas Gerais. En este sentido, el conocimiento adecuado de la planificación para el parto es una herramienta fundamental para decidir cuales serán elegidos tipos. En este estudio, hemos tratado de presentar los mejores y menos arriesgadas formas de entrega, a través de entrevistas con veinte mujeres que contaron cómo se sintieron y fueron tratados por el servicio de salud, en particular la obstetricia y también a través opinión literatura, utilizando los autores que han estudiado el tema defendidos. El estudio es transversal, con técnicas cuantitativas y cualitativas. Atento a la propuesta de la interdisciplinario grado de maestría profesional, se buscó alinear a los problemas reales encontrados por el autor en la práctica del día a día la atención a las mujeres embarazadas, a la humanización del orden proporcionada por profesionales de la salud. Antes de que los datos recogidos en la investigación, sigue siendo una necesidad clara de un folleto informativo que se le mantenga en clínicas y hospitales, y también distribuye entre las mujeres embarazadas. Se sabe también que toda mujer tiene derecho a la calidad de la atención prenatal y esto está dirigido a la salud y su bienestar y el bebé. Sin embargo, aún existen registros de casos de malos tratos y de omisión, incluso en el momento de la entrega. La interpretación de los datos recogidos, se ha descubierto que existe una falta de información que debe proporcionarse a las mujeres embarazadas. También se observó que la cesárea se utiliza como práctica de programación de la madre, independientemente de la necesidad o incluso lo que sería mejor para el niño. Muchas mujeres han optado por este tipo de parto sin los centros de salud u hospitales mostrarles los riesgos de esta práctica. Las madres entrevistadas, y no saben la información básica sobre los obstetricia humanizados, desconocen sus derechos en la materia. Pero aún más grave, algunos se les negó a ellos, tales como tener un compañero. La manera más efectiva para combatir la violencia obstétrica está despertando al público de la existencia de esta realidad. Por lo tanto, el acceso a la información contribuye a la potenciación de la mujer, que pueden ser víctimas del miedo a denunciar a aquellos que cometen violencia. La humanización del parto se refiere, esta forma directamente a la actuación de los profesionales de la salud que, a través colectiva, la acción interdisciplinaria, y con respecto a la fisiología materna, tiene como objetivo minimizar las intervenciones innecesarias por el reconocimiento social y cultural del parto y el apoyo emocional ofreció a la parturienta y su familia con el fin de promover el establecimiento de lazos en la relación madre-bebé.

Palabras clave: Mujeres; entrega; y la violencia obstétrica.

Á Deus que sempre foi meu alicerce e nunca me deixou desistir; Á minha amada família que sempre acreditou que tudo seria possível. E a Maria Isabel, minha filha motivo no qual sempre busco me superar.

Não confunda jamais conhecimento com sabedoria.

Um o ajuda a ganhar a vida;

O outro a construir uma vida.

Sandra Carey

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	13
2.1. Objetivo geral	13
2.2 Objetivos específicos.....	13
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
3.1 PRÉ-NATAL	14
3.1.1 O pré-natal humanizado.....	17
3.2 TIPOS DE PARTOS	19
3.2.1 Parto normal	20
3.2.2 Parto cesária.....	22
3.2.3 Parto Leboyer	24
3.2.4 Parto de cócoras	25
3.2.5 Parto na água.....	26
3.2.6 Parto sem dor	27
3.2.7 Parto humanizado	28
3.3 TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	29
3.3.1 Negativa do direito ao acompanhante da parturiente	31
3.3.2 Protocolos médicos desencorajados pela OMS.....	31
3.3.3 Episiotomia	32
3.3.4 Amarrar a grávida.....	33
3.3.5 Objetificação da gestante	34
3.3.6 Cesariana eletiva	35
3.4 OS CONCEITOS DE HUMANIZAÇÃO.....	35
3.4.1 A humanização no trabalho de parto.....	38
3.5 INTERDISCIPLINARIDADE NA EQUIPE OBSTÉTRICA	47
3.6 O PROGRAMA MULHERES MIL.....	50
4. METODOLOGIA	53
4.1 TIPO DE ESTUDO	53
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	55

4.3 PARTICIPANTES/SUJEITOS	55
4. 4 RECRUTAMENTO DAS PARTICIPANTES	56
4.4.1 Critérios de inclusão	56
4.4.2 Critério de exclusão	56
4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	57
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	58
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	60
 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
 REFERÊNCIAS.....	82
 ANEXOS	91
 APÊNDICES	99

1. INTRODUÇÃO

Sabe-se que a gestação e a maternidade são momentos singulares na vida da mulher. Com o desenvolvimento técnico-científico e o acesso aos bens e serviços, a gestação e o parto tornaram-se objetos de estudo na busca por redução na morbimortalidade materno-infantil, bem como a promoção da saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS), fundada em 1948, a partir do século XX, mais expressivamente após a Segunda Guerra Mundial, desencadeou a discussão acerca das principais práticas de assistência ao parto. Os modelos utilizados pelas parteiras, também chamados de holístico, foram contrapostos ao sistema médico, ou tecnocrático. Tais discussões contribuíram para fomentar a hospitalização do parto, ao se permitir a medicalização, focando-se na melhoria dessa estrutura para atendimento às necessidades dos profissionais de saúde, e não necessariamente das parturientes (MOURA *et al.*, 2007; PINHEIRO; BITTAR, 2013).

Nota-se preocupação com a humanização dos serviços de saúde. Neste sentido, a medicina baseada em evidências e também a garantia dos direitos das mulheres, têm sido o foco de políticas de atenção à saúde integral delas, em contraponto com o modelo hegemônico focado em intervenções médicas e no uso excessivo de tecnologias.

Esse atendimento humanista no parto relaciona-se diretamente com a atuação dos profissionais de saúde que, por meio da ação coletiva, interdisciplinar, e com respeito à fisiologia materna, pretende minimizar as intervenções desnecessárias por meio do reconhecimento social e cultural do parto e do suporte emocional oferecido à parturiente e a sua família de modo a promover a criação de laços na relação mãe-bebê. Neste sentido, o paradigma humanista, ao se centrar na mulher, possibilita e incentiva a autonomia dela durante todo o processo de parturição, garantindo seu direito a um acompanhante de sua preferência e informações sobre os procedimentos a que, possivelmente, será submetida (PIRES *et al.*, 2010; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

Nesta perspectiva, esta dissertação foi desenvolvida, de forma interdisciplinar, atendendo os requisitos da linha de pesquisa “Educação, Cultura e Saúde” do Mestrado Profissional em Saúde, Sociedade e Ambiente (SaSA),

Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

A presente dissertação pesquisa a violência obstétrica na perspectiva de mulheres egressas do Programa Mulheres Mil¹ em Almenara, Minas Gerais, e aponta os tipos de partos existentes e possíveis para se evitar tal sofrimento. Por meio de uma análise quantitativa e qualitativa, buscou-se encontrar as respostas, pautadas por autores que dominam a temática, para entender por que ainda há casos em que parturientes não são tratadas dignamente e de maneira humanizada.

O tema deste estudo está relacionado com duas das vinte e quatro subagendas de pesquisa em saúde apresentadas pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde e o Problema de Pesquisa (2012): saúde da mulher; e violência, acidentes e traumas. Essa agenda constitui-se como esforço para definição de prioridades de pesquisa em saúde realizada no Brasil. Nele, foram delineados processos psicoeducativos, antropológicos e sociológicos nas práticas em saúde com interface socio-ambiental. Interação com comunidades tradicionais (índios, quilombolas, agricultores familiares). Promoção da política nacional de direitos humanos, direito humano à saúde e à alimentação adequada. Formação de profissionais e de educadores.

Baseado nos índices de parto cesariano no Brasil, destacamos a atenção pelo aumento da morbimortalidade, estabelecendo relação com o modelo intervencionista hegemônico, vigente. A partir disso, o Brasil passou a lutar contra esse aumento para o alcance das Metas do Milênio², mas a despeito da ampliação do acesso aos serviços de saúde materna no Sistema Único de Saúde (SUS) e da implementação de políticas de humanização do parto. As estratégias do Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, cujo objetivo era atingir

¹ De acordo com Oliveira (2011), o Programa Mulheres Mil é um projeto que busca a inclusão social e econômica de mulheres desfavorecidas no norte e nordeste do Brasil, melhorando os potenciais de mão de obra, a vida das famílias e comunidade dos locais onde estão inseridas. Com isso, promove-se a garantia do acesso à educação profissional e da elevação da escolaridade, sobretudo quando às vocações econômicas de cada região for direcionada a devida importância.

² A Organização das Nações Unidas (ONU) propôs aos governos e à sociedade, no ano de 2000, um engajamento em algumas situações enfrentadas pelo mundo, estabelecendo, portanto, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Assim, estabeleceu-se metas a serem atingidas até o ano de 2015, e, uma delas é a melhora da saúde das gestantes. Após 2015, novos desafios foram propostos em conjunto com os já existentes e serão acompanhados nos próximos 15 anos.

a Meta do Milênio nº 5, ou seja, reduzir em 75% a mortalidade materna e neonatal até 2015, resultou em vários desafios no âmbito dos serviços, ainda que tenha diminuído o impacto que tais ações deveriam exercer na melhoria da assistência e na redução da mortalidade materna (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2012).

Existem muitos desafios que devem ser superados para que os índices de mortalidade diminuam. Dentre eles, destacam-se os abusos cometidos pelos profissionais de saúde contra gestantes e parturientes, o que prejudica a qualidade e eficácia da assistência prestada, uma vez que parte das mortes evitáveis e das reclamações de mulheres acerca da qualidade da assistência no parto, provém de instituições de saúde bem equipadas em termos de recursos e uso de tecnologias (PINHEIRO; BITTAR, 2013).

A OMS (2002) define a violência como a utilização da força ou poder, por meio da expressão real ou até mesmo a partir de ameaças contra qualquer ser, com possibilidade de dano psicológico, causar lesão, morte ou privação o que, conseqüentemente, será considerado um problema de saúde pública. Permanece um dos problemas enfrentados pelas mulheres: a violência institucional em maternidades públicas, a qual se tornou tema relevante de discussão e estudo em diversos países (KRUG *et al.*, 2002).

A violência institucional pode ser considerada uma das faces mais preocupantes da hostilidade, já que é praticada por profissionais e serviços públicos que deveriam estar voltados para a proteção dos cidadãos. Isso pode ser um dos fatores impactantes na qualidade da assistência prestada no parto e pré-parto e tem sido um dos motivos relacionados aos óbitos maternos evitáveis. Por se tratar de um fenômeno que se dirige especificamente às mulheres e por assumir particularidades em suas manifestações, as quais se referem claramente aos valores tradicionais e relações de poder desiguais que permeiam as relações de gênero em nossa sociedade; a violência obstétrica tem sido denominada violência de gênero (VELHO; SANTOS; BRUGGEMANN; CAMARGO, 2012).

Diniz (2001) demonstra que nas dificuldades econômicas e estruturais que os serviços públicos de saúde enfrentam, encontram-se subjacentes, e muitas vezes velados; maus-tratos vividos por pacientes cujos aspectos socioculturais são motivos para a prática discriminatória quanto ao gênero, classe social e etnia.

Ademais, pode ser incluso como uma modalidade de violência, o uso inadequado de tecnologia em intervenções e procedimentos, algumas vezes desnecessários, dentre estas a venóclise, ocitocina de rotina e episiotomia, em face das evidências científicas do momento, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas (TESSER *et al.*, 2015; DINIZ; CHACHAM, 2006; DINIZ, 2001).

A crise pela qual a medicina moderna passa, caracteriza-se ainda pela dificuldade ou interrupção do contato livre e eficaz (ou efetivo) entre pacientes e profissionais, visto que os meios – uso de tecnologia – são transformados em fim. Tal fato colabora para a existência de um paradoxo perinatal, em que o avanço dos indicadores de saúde materna e do acesso aos serviços de saúde não se traduz em evidências de melhoria nas taxas de mortalidade materna. O criador do termo paradoxo perinatal, o norte-americano Rosenblatt (1989 *apud* DINIZ, 2009) cita uma evidência em seu estudo: *“A proliferação de novas tecnologias no cuidado perinatal [...] é a tendência geral de adotar novas intervenções tecnológicas sem considerar sua eficácia, segurança ou efeito num cuidado mais amplo”*.

Tendo em vista a importância do problema da violência nos dias atuais, sobretudo quando falamos em um contexto em que se destacam as questões de gênero e a autoridade ilegítima das instituições que viola os direitos dos cidadãos, surge a questão: quais são as situações de violência obstétrica institucional a que mulheres internadas em maternidades mineiras foram submetidas e quais os aspectos associados a esse tipo de violência?.

Neste sentido, discorrer sobre a violência obstétrica institucional traz reflexões a respeito da temática e ressalta sua importância, partindo do pressuposto de que a agressão obstétrica ainda possui pouca visibilidade, sobretudo nas cidades do interior. Outrossim, quando realizada por profissionais da saúde, compromete a qualidade da assistência, contribui para o uso abusivo de tecnologias e para a perpetuação da falta de reconhecimento dos direitos e da valorização das mulheres no Brasil. A confirmação dessa premissa contribui para o entendimento desses sujeitos, além de possibilitar políticas públicas integrais que cooperem para a qualidade da assistência obstétrica e erradique o abuso institucional contra a gestante.

Atento à proposta do curso de mestrado profissional interdisciplinar, buscou-se alinhar aos problemas reais encontrados pelo autor no dia a dia da prática assistencial às gestantes, ao intuito de humanização da assistência prestada pelos profissionais da área de saúde.

2.0 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Estudar a ocorrência de violência obstétrica entre as mulheres atendidas pelo Programa Mulheres Mil em um município no interior de Minas Gerais.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar os tipos de violência obstétrica a que foram submetidas as mulheres assistidas pelo Programa Mulheres Mil;
- e elaborar um panfleto educativo voltado às mulheres atendidas pelo SUS, informando acerca dos seus direitos, bem como sobre a rede de proteção disponível.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 PRÉ-NATAL

O pré-natal deve ser iniciado pelas mulheres assim que a gravidez for constatada. Ele é considerado um mecanismo que facilita o desenvolvimento de uma gestação tranquila e saudável, pois pode garantir para a gestante a adequada apropriação das suas condições de vida e saúde. Esse atendimento, quando feito de forma qualificada e contextualizada, proporciona, além do acompanhamento clínico com a prevenção de intercorrências, a atuação perante as necessidades sociais, culturais, emocionais. Além disso, também envolve questões econômicas, pois favorece o recebimento de novos recursos disponibilizados pelo SUS ao município. Assim se deve praticar mais a escuta, valorizar as expressões não verbais e respeitar a individualidade de cada um, considerando as múltiplas dimensões que circundam o viver em sociedade, favorecendo a criação de vínculos, o diálogo e a participação ativa das mulheres no momento do pré-natal (SOUZA, *et al.*, 2005, p.70).

O controle pré-natal, segundo recomendações do Ministério da Saúde, deve ter início precoce, ter cobertura universal, ser realizado de forma periódica, estar integrado com as demais ações preventivas e curativas e deve ser observado o número mínimo de consultas. Seu sucesso depende, em grande parte, do momento em que se inicia e do número de consultas realizadas. Esse número varia de acordo com o mês de início e com intercorrências durante a gravidez (COIMBRA *et al.*, 2003, p.112).

Para Freitas *et al.* (2001, p.30), a gestação é um fenômeno fisiológico normal e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. As observações clínicas e estatísticas demonstram que cerca de 90% das gestações começam, evoluem e terminam sem complicações: são as gestantes de baixo risco.

Outras, contudo, já se iniciam com problemas – ou esses surgem durante o seu transcurso – e apresentam maior probabilidade de terem evolução desfavorável, quer para o feto, quer para a mãe. Essa parcela é a que constitui o grupo chamado de gestantes de alto risco. O objetivo da assistência pré-natal é

garantir o bom andamento das gestações de baixo risco, como também identificar adequada e precocemente quais as pacientes com mais chance de apresentar uma evolução desfavorável. Elas deverão ser tratadas e, se necessário, encaminhadas ao nível de assistência mais complexa.

As relações entre as atividades da atenção básica e as hospitalares deveriam ser de continuidade e complementaridade, mas muitas gentes não são atendidas semanalmente como é preconizado pelo SUS. Entretanto, no pré-natal, que é o momento mais apropriado para a preparação do parto e detecção de possíveis alterações da gestação, graves problemas são encontrados; como o fato de que a grande maioria das mulheres recebe “alta” no seu momento mais crítico, ao redor do oitavo mês – em que se agravam doenças como a hipertensão e diabetes – sem saber a que serviço recorrer frente a uma intercorrência ou no momento do parto (BRASIL, 2001).

O acompanhamento da gestante e a escuta mais detalhada das suas sensações corpóreas e emocionais devem acontecer desde o início da gravidez até os últimos dias, pois essa examinação possibilita o levantamento de possíveis queixas desde o seu surgimento favorecendo, portanto, a interferência imediata e eficaz.

Ao receber pela primeira vez a gestante em um ambulatório de pré-natal, quem a recebe ainda não sabe os múltiplos significados daquela gestação. O contexto em que foi concebida influencia substancialmente no seu desenvolvimento; na relação que a mulher e sua família estabelecerão com a criança desde as primeiras horas após o nascimento, incluindo a capacidade de amamentar, os cuidados, a higiene e principalmente o vínculo mãe-bebê, condições básicas para o desenvolvimento saudável dos seres humanos (BRASIL, 1998).

Segundo Freitas *et al.* (2001, p. 33), toda gestante deve vincular-se a uma unidade de saúde, receber a carteira de gestante contendo informações relativas ao seu estado de saúde sempre atualizada a cada consulta, as quais servirão de elo entre a assistência pré-natal e a assistência hospitalar.

O cartão da gestante é instrumento de registro; deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, sendo importante para a referência e contra-referência³, é imprescindível ficar sempre com a gestante (BRASIL,1998).

Para Corrêa (1994. p. 42), compete ainda às instituições assistenciais fornecerem, exigirem e fiscalizarem os cartões de acompanhamento pré-natal. Esses são importantes, não apenas para acompanhamento da evolução pré-natal, mas principalmente para facilitar a adoção da conduta mais adequada no momento em que a paciente procura o hospital para se internar.

A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é importante, todavia, é no pré-natal que a mulher deverá ser mais bem orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação. Considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério. O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade, sendo assim, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolverem a educação, que é fundamental no processo de cuidar e responsabilizar-se (RIOS; VIEIRA, 2007, p. 63).

De acordo com Câmara, Medeiros e Barbosa (2000), assim a gestante deve ser compreendida e atendida adequadamente com todos os anseios e carências que essa fase lhe acarreta, sejam esses fisiológicos, psicológicos ou educacionais, significando uma melhora direta na qualidade de vida da mulher e sua prole.

Ainda de acordo com Rios; Vieira (2007, p. 77), a carência de informações ou esclarecimentos inadequados sobre o parto, o medo do desconhecido, bem como os cuidados a serem prestados ao recém-nascido nos primeiros dias são fatores mais comuns de tensão da gestante, os quais influenciam

³ A referência e a contra-referência são requisitos fundamentais e estão intimamente ligados às questões de acessibilidade, universalidade e integralidade da assistência. Conforme o Decreto nº 7.508, de 28/11/2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em 25 out 2016.

negativamente durante todo o processo. É de competência da equipe de saúde acolher a gestante e a família desde o primeiro contato com a unidade de saúde. O termo acolhimento deve ser considerado na abordagem da grávida como o significado que a gestação tem para ela e sua família, uma vez que é nessa fase que se inicia o desenvolvimento do vínculo afetivo com o novo ser. Nesse sentido, devem ser valorizados as emoções, os sentimentos e as histórias relatadas pela mulher e seu parceiro de forma a individualizar e a contextualizar a assistência pré-natal.

Lopes *et al.* (2005) ressaltam a necessidade de se preparar a mulher para a maternidade, com enfoque nas ações do pré-natal, propondo conhecer a história obstétrica anterior, bem como o desfecho de uma gravidez prévia.

Os temores mais comuns na gravidez têm relação íntima com as fantasias que surgem no período final da gestação, tais como: medo da morte, da dor, do esvaziamento e da esterilização. Já a ansiedade pode estar associada à vivência negativa da experiência do pré-natal e parto. O medo do parto pode ser considerado a expressão de vários sentimentos de ansiedade desenvolvidos durante o período gestacional e está associado ao aumento do risco de que a gestante tenha uma experiência de parto negativa, assim como de um novo pré-natal.

3.1.1 O pré-natal humanizado

Neste contexto de construção de um novo olhar sobre o período gestacional, visualizado não apenas como um processo biológico, mas biopsicossocial surge o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). O termo humanização foi atribuído pelo Ministério da Saúde ao programa com intuito de melhorar as condições de atendimento por meio da mudança de atitude dos profissionais que assistem as mulheres grávidas e puérperas, contemplando o que se vê e o que é apalpado, como também o que se ouve e o que foi descrito pela mulher, de modo que o atendimento seja eficiente e participativo. Ressalta-se, também, a participação da família durante a gestação, o parto e o puerpério, desse modo, a atenção ao pré-natal deixa de ser um ato técnico centrado no útero gravídico (CASTRO; CLAPIS, 2005, p.56).

O PHPN foi criado para aprimorar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM, embora tendo como base a integralidade nas ações na área da saúde da mulher, era ainda questionado quanto à qualidade da assistência prestada e ao impacto na mortalidade materna. Instituído em 2000, o PHPN corroborou os direitos da mulher, propondo a humanização como estratégia para a melhoria da qualidade da assistência prestada. Suas principais ações para abrandar a mortalidade materna, conforme definição estabelecida no Pacto pela Vida (2006), visam garantir o direito da gestante ao acesso ao atendimento digno e de qualidade na gestação/parto e puerpério (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

Para Souza *et al.* (2005), pensando em refletir acerca dos interesses e dos contextos de vida da população feminina, foi organizado o Programa de humanização do pré-natal e nascimento, que se propõe a atuar com a gestante e o seu neonato de forma humanizada, tendo em vista o atendimento das suas múltiplas carências. Nesse programa, o papel dos trabalhadores da saúde é proporcionar o bem-estar físico, mental, psicológico e social à mulher, interagindo com a gestante e, com isso, diagnosticar quais as condições que permeiam a sua gravidez.

Segundo Farjado *et al.* (1998, p. 109), a assistência ao pré-natal é o primeiro passo para o parto e nascimento humanizado. O conceito de humanização da assistência ao parto pressupõe a relação de respeito que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres durante o processo de parturição e, compreende:

- a) parto como um processo natural e fisiológico que quando bem conduzido não precisa de condutas intervencionistas;
- b) respeito aos sentimentos, emoções, necessidades e valores culturais;
- c) a disposição dos profissionais para ajudar a mulher a diminuir as ansiedades, inseguranças e o medo do parto, da solidão, da dor, do ambiente hospitalar, do bebê nascer com problemas e outros temores;
- d) promoção e manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento;
- e) informação e orientação permanente a parturiente sobre a evolução do trabalho de parto, reconhecendo o papel principal da mulher nesse processo, inclusive aceitando a sua recusa a condutas que lhe causem constrangimento ou dor;
- f) espaço e apoio para a presença de um acompanhante que a parturiente deseje. (FARJADO, 1998, p. 213).

O direito da mulher na escolha do local do nascimento é de corresponsabilidade dos profissionais para garantir o acesso e qualidade dos

cuidados de saúde. Essa interação dos profissionais de saúde de forma mais estreita possibilita a percepção da mulher e de sua família de serem ativos e responsáveis frente às tomadas de decisão realizadas nesse período e permite que o profissional trabalhe aspectos emocionais e habilidades sociais que são indispensáveis para a excelência técnica.

Deve, ao contrário, ser percebida como um encontro de sujeitos que mutuamente constroem seus saberes e experiências vividas. Aqui, o lado humano deve ser evidenciado, havendo respeito às singularidades e particularidades. Já os profissionais, como humanos, podem constituir ações ‘humanizantes’ que considerem o outro em seus direitos, em sua integralidade e dignidade.

3.2 TIPOS DE PARTOS

A separação dos partos por tipos é relativamente recente e só aconteceu como consequência do nosso sistema obstétrico, isto é, depois que a maioria dos partos passou a ocorrer dentro do ambiente hospitalar, há aproximadamente 70 anos. Desde então, o parto passou a ser feito quase que exclusivamente pelos médicos, em macas horizontais, com mulheres em posição ginecológica. À vista disso, a classificação ficou óbvia: “parto normal” ou “cesariana”. Não havia alternativas: ou a mulher se adaptava a parir nas condições padronizadas ou ia para a cesárea.

As condições padronizadas hospitalares sob as quais as parturientes deveriam tentar o parto normal eram: separação do companheiro; salas de pré-parto coletivas sem privacidade; impossibilidade de movimentação; soro com hormônios e intervenções para acelerar o parto – período expulsivo com a mulher deitada de costas e pernas amarradas na perneira (o que reduz em 40% o espaço para a passagem do bebê e diminui a circulação para mãe e feto); comandos para fazer força; equipe pressionando a barriga da mulher; corte rotineiro no períneo; entre outras práticas.

Essas condições padronizadas para o parto, lamentavelmente, ainda são comuns nos hospitais brasileiros. Muitas mulheres denominam o parto normal hospitalar, com todas as suas intervenções de rotina, de “parto vaginal hospitalar”; parcamente relacionam ao “normal” ou “natural”.

Não obstante, o parto sob essas condições tornava-se difícil. Em função disso, aplicava-se o fórceps alto (um instrumento de ferro como uma tesoura grande, que contém duas colheres metálicas, as quais adentram na vagina e seguram a cabeça do bebê puxando-a para fora). Essa intervenção trazia por vezes sequelas para o recém-nascido e para a mãe. Ficou conhecido como “Parto a Ferro” ou “Parto Fórceps”. Hoje, utiliza-se apenas o fórceps de alívio quando a cabeça do bebê está mais em baixo no canal de parto. É um recurso para acelerar o período expulsivo em casos emergenciais, na hipótese do bebê apresentar sofrimento fetal, o que é exceção e não a regra em uma gestação de baixo risco.

A partir da década de 1970, no pós-segunda guerra e no contexto dos movimentos revolucionários hippie e das mulheres feministas, alguns médicos e mulheres passaram a questionar o excesso de intervenção e melhores condições para dar a luz, propondo o resgate do parto como um evento fisiológico, familiar e afetivo. A partir de então surgiram as demais possíveis classificações das “formas de nascer”.

3.2.1 Parto normal

De acordo com Ferreira (1994, p. 18), durante séculos o saber relacionado à gravidez, ao parto e à menstruação era monopólio das mulheres que desempenhavam um relevante papel na história como conselheiras, comadres, parteiras, etc. Sendo assim, elas tinham considerável responsabilidade sobre as demais, pois conquistaram confiança, tornando-se referência ao serem consultadas sobre vários temas, dentre os quais se ressaltam os cuidados com o corpo e doenças venéreas.

A vivência do parto é complexa e rodeada de mitos, fantasias, medos e expectativas, que torna real para a mulher a consumação de desejos, principalmente frente ao seu ciclo de vida e seu objetivo vital que é a procriação.

O parto normal está diretamente relacionado a uma série de aspectos que envolvem essa vivência feminina. Para Santos e Carvalho (2009, p. 111), o parto, além de ser um ato fisiológico, é também um evento familiar, pessoal e sagrado,

portanto, constata-se que em mais de 80% dos casos não deveria ser um ato médico.

Domingues, Santos e Leal (2004, p. 29) discorrem que a gravidez e o parto são eventos marcantes na vida das mulheres e de suas famílias. Representam mais do que simples eventos biológicos, já que integram a importante transição do estado de "mulher" para o de "mãe". Embora a fisiologia do parto seja a mesma, em nenhuma sociedade é tratado de forma apenas fisiológica, visto que é um evento biossocial, cercado de valores culturais, sociais, emocionais e afetivos.

Davim e Menezes (2001, p. 213) afirmam que o parto é considerado como um processo psicossomático, em que o comportamento da gestante ou parturiente vai depender, além da própria evolução do trabalho de parto, do nível de informação da mulher, sua história pessoal, contexto socioeconômico, personalidade e simbolismo. Ele é vivido como uma realidade distante que encerra risco, irreversibilidade e intermitência. Neste sentido, o acompanhamento durante o pré-natal e no pós-parto são fundamentais, pois pode ajudar a evitar complicações tanto para a mãe como para a criança. O objetivo é que essas situações possam ser vivenciadas pela mulher de forma tranquila e que a adaptação da mesma favoreça uma recuperação rápida e satisfatória.

Segundo Barros, Marin e Abrão (2002, p.12), com o surgimento da obstetrícia como área acadêmica do conhecimento, a partir da metade do século XIX, a assistência empírica prestada por mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal perde seu espaço. É justamente nessa época que se inicia uma intensa disputa entre a classe médica e as parteiras, por consequência, progressivamente perdem o domínio do saber sobre a arte de assistir o parto e o nascimento. Nessa nova ordem, a mulher passa então de sujeito da ação a objeto de estudo da nova ciência médica. O saber referente ao universo feminino é reconstituído e reconfigurado para o universo masculino, posto que somente o homem tinha acesso ao conhecimento científico. O nascimento da obstetrícia sob tutela cirúrgica condicionou o desenvolvimento de um saber pouco voltado para as particularidades da gestação e do parto (OSAVA; MAMEDE, 1995, p. 19).

O parto é institucionalizado no século XX, mais expressivamente depois da Segunda Guerra Mundial, em nome da redução da mortalidade infantil e materna. Desta forma, o parto, que é a expressão da vida e que alberga consigo certos riscos, ao ser institucionalizado é medicalizado, com base na

premissa de que a ação médica pode dominar e/ou neutralizar seus riscos (BARROS; MARIN; ABRÃO, 2002, p.13).

Os autores ainda continuam enumerando um aumento gradativo dos números de médicos na assistência ao parto, e a incorporação e o manejo por esses profissionais de novas tecnologias, tais com anestesia, antissepsia e, posteriormente, antibioticoterapia e hemoterapia, tornaram o parto mais seguro e valorizado pelos procedimentos invasivos e pela possibilidade do controle clínico e cirúrgico da fisiologia.

No Brasil, o parto foi também institucionalizado e medicalizado, como regra geral, a partir da década de 1950, não sendo acompanhado por uma política de desenvolvimento do setor público de saúde, que se incorpora aos avanços tecnológicos, à garantia de leitos hospitalares e aos recursos humanos qualificados para uma assistência adequada à mulher no ciclo gravídico-puerperal (BRENES,1991).

Pela trajetória citada anteriormente, pode-se perceber que o parto saiu de um domínio doméstico/familiar, o qual era visto como um acontecimento normal, e se transformou em um processo medicalizado e permeado por controle de todas as variáveis que envolvem esse processo.

3.2.2 Parto cesárea

De acordo com Dias (2006, p. 88), ao longo do século XX, os inúmeros avanços da medicina transformaram a cesariana numa alternativa segura ao parto vaginal quando há algum risco para a mulher ou para o feto. Entretanto, desde a década de 70, as indicações de cesariana vêm crescendo indiscriminadamente, e essa cirurgia sendo utilizada de forma abusiva em vários países. Pelo seu uso indiscriminado, a cesariana refuta os objetivos para os quais foi idealizada, ocasionando aumento nos riscos de morbimortalidade materna e perinatal.

A escolha proveniente das mulheres pelo parto cesárea é definida muitas vezes e exclusivamente devido a um capricho, tendo em vista a comodidade que esse possibilita, levando em consideração o perfil das mulheres do século XXI, que têm profissão e obrigações que vão além do âmbito domiciliar.

Dias (2006, p. 92) evidencia o contexto da mulher desse século, que a ascensão profissional e facilitação do parto por intermédio da institucionalização, vão de encontro a sua agenda de trabalho e prioridades na vida. Contudo, compreende-se que, com o novo conceito de trabalho de parto humanizado, o antigo conceito de parto, como evento natural, tem sido resgatado.

Dessa forma, observa-se que com a institucionalização ocorreu a melhoria da qualidade de assistência ao parto, visando a diminuição da morbimortalidade materno-infantil por complicações decorrentes do parto, as quais são consequências da falta de acompanhamento adequado.

Entre os fatores que influenciam a opção por um parto cesárea têm sido relatados:

(a) a organização da atenção obstétrica, pautada pela conveniência de uma intervenção programada e pela insegurança do médico, decorrente de treinamento insuficiente na gama de variações que ocorrem durante o desenrolar de um parto normal;

(b) fatores institucionais ligados à forma de pagamento e à exclusão da compra de anestesia peridural para partos vaginais pelo Sistema Único de Saúde (SUS), situação já revista pelo Ministério da Saúde, mas não modificada em todos os hospitais;

(c) a esterilização cirúrgica, realizada frequentemente durante cesáreas eletivas e

(d) fatores socioculturais, que levariam a uma escolha inadequada, por parte das mulheres e dos profissionais de saúde, por um parto cirúrgico, tais como: medo da dor no parto normal, medo de lesões na anatomia e fisiologia da vagina e a crença de que o parto vaginal é mais arriscado do que uma cesárea, a qual está sendo considerada a forma contemporânea de se ter filhos (FAUNDES; CECATTI, 1991; RATNNER, 1996, p. 53).

A partir de tais considerações, tem sido sugerida a existência de uma "cultura da cesárea" entre as mulheres brasileiras, ou seja, uma preferência pelo parto cirúrgico, considerado superior ao parto vaginal.

A informação e orientação à gestante durante o pré-natal e o diálogo entre a equipe de saúde e a mesma é fundamental para que todos os aspectos, tanto físicos como psicossociais, sejam avaliados e levados em consideração, o que

promove um estreitamento na relação e culmina com uma tomada de decisão individualizada e assertiva, promovendo vivência promissora da participação da mãe em todas as etapas da gravidez.

Segundo Ronzani (2008, p. 130), as pacientes chegam ao consultório querendo fazer cesariana, sem parar para analisar o que significa o parto normal. Isso acontece por desinformação e, em boa parte, por influência da mídia que nos mostra a dor como o grande elemento que envolve o parto normal. A informação é o trunfo para melhorar esse cenário. É possível sim, no século XXI, um parto normal, sem dor, com analgesia, desde que bem acompanhado, sem esquecer que a escolha contribui na rápida recuperação da mãe, facilita na hora de amamentar, aumenta o vínculo mãe-filho, entre muitos outros benefícios.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) sancionou a Resolução 2144 em 22 de junho de 2016, a qual mantém o direito da gestante de escolher pelo parto cesariana, todavia, para que isso ocorra, determina que o bebê deve esperar, no mínimo, 39 semanas de gestação.

Conforme o art. 2º da referida resolução:

Art. 2º Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário (CFM, 2144/106, art. 2º).

Conforme estudos realizados pelo próprio conselho, a realização de partos antes da 39ª semana pode resultar em problemas nos pulmões, fígado e cérebro, provocando desconfortos respiratórios, icterícia e até mesmo lesões cerebrais. Conforme explica Carlos Vital, presidente do CFM: “A finalidade dessa resolução de 39 semanas é uma ênfase e uma instituição de um limite o qual deverá ser feita a cesariana a pedido da paciente. A norma se distingue na segurança do feto”.

3.2.3 Parto Leboyer

Leboyer (1996, p. 12) aponta que o recém-nascido tem direito a uma forma menos violenta de nascer. Ao considerar a importância do vínculo mãe-recém-

-nascido no momento do nascimento e outros cuidados importantes, o autor elevou as preocupações com os nascituros.

O parto Leboyer é feito com alguns pequenos cuidados, como por exemplo:

- Pouca luz, para que não agride os olhinhos do bebê, que só estava acostumado com a penumbra;

- Com o mínimo de barulho possível;

- Ao invés de dar uma palmada nas costas do bebê, faz-se uma suave massagem para estimular os pulmões;

- Somente após o cordão umbilical parar de pulsar é que esse é cortado, facilitando a transição da respiração.

Após esses passos, o bebê é embrulhado e entregue à mãe que deve amamentá-lo o mais rápido possível. O primeiro banho pode ser dado pelo pai, mãe e bebê ficam em alojamento conjunto. O bebê é colocado num pequeno berço ao lado da cama da mãe, o que favorece a amamentação, diminui o estresse do bebê e aumenta o vínculo afetivo com os pais. (ABC.MED.BR, 2014).

A tranquilidade por colocar o bebê em um berço ao lado da cama da mãe é a maior vantagem dessa forma de parto, o que favorece a amamentação, diminui o estresse do bebê e aumenta o vínculo afetivo com os pais, dando a possibilidade dele se tornar mais seguro, autônomo precocemente e mais equilibrado no que se refere ao emocional.

3.2.4 Parto de cócoras

Balaskas (2008, p. 180) observou que quando a mulher era exposta a uma postura mais ativa, raramente ocorriam depressões-pós-parto, problemas com amamentação ou recuperação da parturiente. Onde havia liberdade para movimentação das mulheres e elas podiam seguir seus instintos e a lógica fisiológica do corpo durante o parto, a maioria preferia adotar a posição vertical ou de cócoras durante a fase expulsiva, por ser mais rápido e cômodo para a mulher e mais saudável para o bebê.

Conforme Balaskas (2008, p. 189), há algumas vantagens da posição vertical ou de cócoras durante a expulsão do bebê:

- a área da pélvis é aumentada em até 40%, facilitando a passagem do bebê;
- o feto desce com a ajuda da gravidade;
- a eficiência do esforço muscular da mãe é muito maior nessa posição;
- as contrações uterinas são mais eficazes e, portanto, a duração do parto e a dor são menores;
- a elasticidade do períneo é menos comprometida, mantendo sua integridade;
- a posição horizontal obriga o feto a subir durante a expulsão para vencer a forma da curva pélvica e exige da mãe um esforço muito maior para o mesmo fim;
- há uma diminuição comprovada da incidência de intervenções medicamentosas, instrumentais e cirúrgicas nos partos verticais;
- na posição horizontal, a compressão feita pelo peso do feto (somado ao peso do útero, placenta e líquido) na veia cava da mãe produz efeitos negativos na mãe e no feto, comprometendo a circulação sanguínea podendo levar ao sofrimento fetal.

Paciornik (1997, p.78) estudou comunidades indígenas e resgatou o parto verticalizado. Criou uma cadeira para ser usada em hospitais, que permitia várias posições para a mãe, sem comprometer o conforto do médico. Embora não haja necessidade de cadeiras especiais para que a mulher assuma essa posição, muitos profissionais afirmam que não fazem partos de cócoras porque no hospital não existe "a cadeira para parto de cócoras" à disposição.

Para ter um parto de cócoras não é preciso ser atleta nem fazer grandes preparações. A mulher só assume a posição de cócoras (ou senta-se no banquinho de parto ou cama de parto) na fase final do parto, somente durante as contrações, descansando nos intervalos. O pai pode participar do parto mais ativamente, oferecendo apoio com seu corpo atrás da mulher.

3.2.5 Parto na água

Com início na França, Michel Odent (2004, p. 22), na cidade de Pithiviers, começou a usar banheira com água quente para o conforto das parturientes e alívio da dor. Algumas parturientes se sentiam bem dentro da banheira e o bebê nascia ali mesmo. A partir de então, o parto na água tem sido utilizado no mundo inteiro, em banheiras especiais ou improvisadas. Sendo assim, o uso da água quente no

trabalho de parto é um excelente coadjuvante no combate à tensão e à dor, ajudando na dilatação do colo de útero. O nascimento para o bebê é muito mais suave e o períneo da mãe ganha maior flexibilidade com a água quente.

Estudos científicos comprovam que o uso da água quente no trabalho de parto é um excelente coadjuvante no combate à tensão e à dor, ajudando na dilatação do colo de útero (MORAES, 2008, p. 159).

O bebê pode nascer embaixo da água ou não. Algumas parturientes saem da água no momento que antecede o nascimento. A água é um elemento terapêutico, que pode trazer muitas vantagens no decorrer do parto, favorecendo o processo de dilatação, o alívio das dores, o relaxamento muscular e emocional da mãe (CRIZÓSTOMO; NERY; LUZ, 2007).

É importante salientar que, apesar de não vivenciado durante a pesquisa, constatei durante o estágio supervisionado no Hospital Maternidade Alexandre Fleming, em 2005, no Rio de Janeiro (RJ), que o parto na água é uma medida de humanizá-lo. Essa percepção favoreceu o entendimento das medidas de humanização do parto no componente curricular Enfermagem na atenção a saúde da mulher.

A água aquecida provoca aumento da irrigação sanguínea da mãe, diminuição da pressão arterial, além do relaxamento muscular, apaziguando a sensação dolorosa sentida pela mãe. Isso favorece a progressão do parto e a produção de ocitocina, além disso, a banheira facilita a movimentação, tornando-o mais confortável. Depois do nascimento, estreita a relação com o bebê, que vem diretamente para o colo da puérpera, faz com que fique tranquila e o recém-nascido calmo. A água traz sensação de leveza, pois o corpo dentro da água, pela força de flutuação, fica mais leve. Facilita o parto, apressa o parto, alivia as contrações (CRIZÓSTOMO; NERY; LUZ, 2007).

3.2.6 Parto sem dor

O termo tem várias conotações. Os métodos psicoprofiláticos desenvolvidos especialmente nos Estados Unidos propunham uma espécie de treinamento às gestantes, baseado em técnicas respiratórias, de relaxamento, de concentração, entre outras. A ideia geral é que uma mulher bem preparada para o

parto e bem acompanhada durante todo o processo terá muito menos dor do que uma mulher assustada e tensa. A ideia faz sentido, mesmo assim, convém lembrar que a dor do parto continua existindo, agora sem o sofrimento causado por medo e tensão.

No Brasil, o "parto sem dor" é comumente confundido com parto sob anestesia. Obviamente a anestesia bloqueia a dor, mas também diminui as sensações das pernas e do assoalho pélvico. Essas sensações são responsáveis pela força que a mulher faz na hora de "empurrar" o bebê para fora. Portanto, embora haja o bloqueio da dor, podem ocorrer alguns efeitos indesejáveis, como a perda do controle sobre o processo do parto. Em muitos serviços médicos, a anestesia é aplicada no final do trabalho de parto, já no período expulsivo, de modo que o período de dilatação não se passa sob efeito das drogas anestésicas. De qualquer modo, as formas naturais de se lidar com a dor deveriam ser largamente oferecidas e utilizadas antes de serem aplicados os métodos farmacológicos para bloqueá-la.

3.2.7 Parto humanizado

Para o Ministério da Saúde, parto humanizado significa o direito que toda gestante tem de passar por pelo menos 6 consultas de pré-natal, ter sua vaga garantida em um hospital na hora do parto e, atualmente, ter o direito a um acompanhante de sua escolha. Para alguns hospitais significa a presença de um acompanhante, música na sala de parto e a permissão de ficarem alguns minutos com o bebê antes dele ser levado para o berçário.

Para o Rehuna (Rede Brasileira pela Humanização do Nascimento) e para muitos movimentos como Parto do Princípio⁴, Ong Bem Nascer⁵, Despertar do

⁴ O Parto do Princípio é uma rede de mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro que luta pela promoção da autonomia das mulheres, tendo como principal eixo de atuação a defesa e a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, em especial no que se refere à maternidade consciente. Atua na articulação de mulheres nos planos local, regional e nacional por meios virtuais (redes sociais e e-mails) e presenciais. Disponível em: <<http://www.partodoprincipio.com.br/sobre>>. Acesso em: 20 out 2016.

Parto⁶ entre muitos outros, devolver o papel principal do parto da mulher e promover uma atenção centrada nas escolhas e necessidades individuais de cada mulher. Se a mulher vai escolher dar à luz de cócoras ou na água, quanto tempo ela vai querer ficar com o bebê no colo após seu nascimento, quem vai estar em sua companhia, se ela vai querer se alimentar e beber líquidos, todas essas decisões deverão ser tomadas por ela, protagonista de seu próprio parto e dona de seu corpo. São decisões informadas e baseadas em evidências científicas. O papel do médico e de toda a assistência seria a de oferecer apoio e respeitar a fisiologia do parto só interferindo se houver real necessidade e não rotineiramente.

3.3 TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Notadamente, a imposição da cirurgia cesariana sem real indicação clínica se configura como violência obstétrica. Essa conduta ilegal é tipificada em diversos países, como na Argentina (Lei Nacional 25.929 e Lei Nacional 26.485) e na Venezuela (*Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de 19/03/2007*), legislações diretamente decorrentes da ratificação por esses países da Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação Contra a Mulher de 1979.

A violência obstétrica, conforme definição dada pelas leis venezuelana e argentina, caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, por meio do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

⁵ A Ong Bem Nascer é uma organização não governamental que tem como princípio fundamental partilhar informações sobre importância de práticas humanizadas no nascimento. Através de informação, apoio e orientação, fornece apoio para a gestante e seu companheiro, no período da gestação e pós-parto. Disponível: <<http://www.bemnascer.org.br/p/ong-bem-nascer.html>>. Acesso em: 20 out 2016.

⁶ O Despertar do Parto é uma empresa que tem como objetivo maior promover a valorização e a transformação da mulher no processo da maternidade. Promove atividades diversas para gestantes, casais grávidos e mãe-bebê, em equipes multidisciplinares, com objetivo de valorizar e promover a transformação pessoal, a preparação para o parto fisiológico e a maternidade consciente. Disponível em: <<http://www.despertardoparto.com.br/quem-somos.html>>. Acesso em: 20 out 2016.

A preocupação por qualidade no atendimento aos períodos gestacionais e maternos vem ganhando força dentro dos movimentos sociais. Conforme a Organização Mundial de Saúde (2014a):

No mundo inteiro, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde. Isso representa uma violação da confiança entre as mulheres e suas equipes de saúde, e pode ser também um poderoso desestímulo para as mulheres procurarem e usarem os serviços de assistência obstétrica. Embora o desrespeito e os maus-tratos possam ocorrer em qualquer momento da gravidez, no parto e no período pós-parto, as mulheres ficam especialmente vulneráveis durante o parto. Tais práticas podem ter consequências adversas diretas para a mãe e a criança. Relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento. (WHO_RHR_14.23).

Infelizmente, diversas práticas hospitalares afrontam contra a integridade, intimidade e dignidade da mulher, caracterizando a violência obstétrica, que pode gerar desde o desconforto a traumas e quadros de depressão ou outros problemas de saúde que, posteriormente, acabam refletindo na relação familiar.

3.3.1 Negativa do direito ao acompanhante da parturiente

Atualmente, existe uma legislação que determina que hospitais e maternidades permitam que a gestante esteja acompanhada por uma pessoa de sua indicação, que irá lhe acompanhar durante o trabalho de parto e também no pós-parto. Todavia, a Lei 11.108/05⁷ não conseguiu alcançar efetividade. Isso por que

⁷ Lei nº 11.108, DE 07 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 25 out 2016.

algumas instituições simplesmente negam a possibilidade de acompanhamento ou não cumprem a totalidade do programa. Além disso, há pessoas que simplesmente desconhecem esse direito.

Faz-se importante a divulgação desse dispositivo, pois os benefícios refletem em um parto menos traumático quando a grávida sente-se protegida ao lado de quem elegeu para lhe dar força e tranquilidade.

3.3.2 Protocolos médicos desencorajados pela OMS

São considerados procedimentos desencorajados pelos novos estudos médicos: aplicação de ocitocina, uso intravenoso de soro de hidratação, posição de litotomia⁸ para o parto vaginal, dentre outros.

Não existe, de forma regulamentada, um protocolo geral de atendimento à gestante durante seu período dentro da clínica médica. Ao dar entrada na maternidade, como pacientes em um ambiente hospitalar – e não como mulheres saudáveis a serem assistidas durante um procedimento natural – é comum que as grávidas, como primeiro procedimento, recebam soro intravenoso para hidratação. Trata-se de uma assistência hospitalar geral, que facilita a aplicação de medicamentos que venham a ser necessários.

O uso do soro intravenoso prejudica a mobilidade da gestante, dificultando a forma de lidar com as dores uterinas, além de atrapalhar o relaxamento do corpo, tornando difícil o parto tranquilo e emocionalmente seguro. A aplicação venosa é uma prática desnecessária em nascimentos que sigam a via natural, mas sendo comum, em face do grande número de intervenções praticadas atualmente. A mais comumente delas é o uso de ocitocina sintética.

A função da ocitocina no parto é promover as contrações uterinas, de forma ritmada, até que o bebê nasça. Quando a mulher entra em trabalho de parto naturalmente, a ocitocina produzida pelo próprio corpo encarrega-se desse trabalho. Quando é feito o diagnóstico de que o trabalho de parto não está evoluindo como

⁸ Posição de litotomia (ou ginecológica): o paciente permanece em decúbito dorsal, com as pernas flexionadas, afastadas e apoiadas em perneiras acolchoadas, e os braços estendidos e apoiados. Ex: histerectomia.

deveria e que isso pode ocasionar riscos reais para o feto, o medicamento pode ser útil para salvar vidas.

Entretanto, o quadro atual é de aplicação rotineira de ocitocina sintética como forma de induzir o parto nas mulheres com mais de 41 semanas de gestação. Essa prática parte do pressuposto de que o período gestacional é um termo exato, sem considerar o desenvolvimento particular de cada feto. Além disso, a ocitocina sintética é um medicamento como outro qualquer, devendo ser usado com parcimônia e apenas nos casos indicados, tendo em vista que o aumento das contrações pode significar uma dor mais intensa para a parturiente, podendo culminar, inclusive, em uma ruptura do útero. O uso banalizado do hormônio sintético apenas reafirma a prevalência do trabalho médico, ao acelerar o tempo gasto com o parto, frente ao conforto da mulher.

Além do soro como medida cautelar para eventuais complicações, também é comum que os hospitais mantenham as mulheres em jejum e sem beber água. A medida prepara o corpo da gestante para anestésias e procedimentos cirúrgicos que sejam eventualmente necessários.

Levando-se em consideração que a OMS (2014b) definiu como 10% a taxa normal de cesarianas não eletivas, não há por que manter as futuras mães com fome e sede para prevenir algo estatisticamente improvável. Um trabalho de parto pode durar horas e muita energia é gasta com as contrações uterinas. Recomenda-se que a parturiente seja alimentada com comidas leves como frutas e cereais, além de manter-se hidratada para compensar o líquido perdido pelo suor. Desta forma, sustentará o trabalho de parto com mais facilidade.

Outra prática comum, e ao mesmo tempo controversa dentro do movimento do parto humanizado, é a posição de litotomia. De acordo com a OMS (2014b), a posição que deve ser adotada pela mulher durante o trabalho de parto no momento expulsivo deve ser sempre aquela com a qual se sinta mais confortável.

3.3.3 Episiotomia

A sua recomendação pela OMS é de somente 10%, mas a realidade retrata o uso mais elevado dessa margem. Apesar de amplamente utilizada, a

episiotomia é repassada entre professores e alunos de medicina, ratificada pelo tempo, mas sem o necessário respaldo científico (ZANNETI, 2014).

Como resultado dessa prática imprópria, tem-se o uso quase unânime de intervenção cirúrgica, com a necessidade de anestesia, sutura e ainda com riscos de infecção e erro onde, na realidade, deveria ocorrer um processo natural, sem a necessidade de maiores intervenções. Além dos riscos cirúrgicos, uma incisão em um local íntimo da mulher, comumente causa danos psicológicos graves.

A médica Daphne Rattner, doutora pela *University of North Carolina*, também professora na Universidade de Brasília, discorre sobre a episiotomia, esclarecendo como a mesma faz parte de uma cultura hospitalar, realizada a partir de suposições enganadoras e, em grande parte, de forma negligente, pois a mulher não é questionada sobre a autorização do procedimento:

A cultura médica institucionalizou a episiotomia como algo que é necessário para conseguir parir. Parte de um pressuposto não explicitado de que o corpo da mulher é defeituoso. Imagine, aquela cabeça enorme do bebê vai arrombar a mulher na hora que passar, então precisa cortar. Não precisa! O corpo da mulher é perfeito. A natureza jamais faria isso com a mulher e, se ela tem liberdade de posição o bebê nasce naturalmente. Veja, temos séculos e séculos de mulheres que pariram sem episiotomia. Esta é uma prática que foi publicada pela primeira vez como recomendação em 1929. Então não é algo que se deva fazer, mas passou a fazer parte da cultura de serviços (CUNHA, p. 17, 2015).

3.3.4 Amarrar a grávida

Talvez seja a prática violenta mais evidente e, por isso, é a mais facilmente inidentificável. Em agosto de 2014, foi publicada no jornal Estadão a notícia de que o estado de São Paulo fora condenado a pagar indenização de R\$50.000,00 (cinquenta mil reais) à ex-detenta que tivera sido obrigada a permanecer algemada durante o trabalho de parto. O caso de grave ameaça à dignidade humana ocorreu em 2011, com divulgação pela mídia nacional. Apenas depois da notoriedade do fato, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), órgão do Ministério da Justiça, publicou no Diário Oficial a Resolução nº 3, de junho de 2012, que recomenda a não utilização de algemas ou outros meios de contenção em presos que sejam conduzidos ou permaneçam em

unidades hospitalares, salvo se for demonstrada a necessidade da sua utilização por razões de segurança, ou para evitar uma fuga, ou frustrar uma resistência.

Eventualidades como os dessas detentas, que tiveram complicações durante o parto, são facilmente identificados como casos de violência física. Há, no entanto, linhas mais tênues de atos atentatórios contra a segurança da mulher. O momento do nascimento do filho gera um estado psicológico de ansiedade e vulnerabilidade. Para que um parto seja saudável e prazeroso, deve ser proporcionado à mulher um ambiente de relaxamento e segurança, o que levará à liberação da ocitocina natural – o chamado hormônio do amor – que irá aumentar as contrações uterinas e alargamento dos ossos da bacia, facilitando a passagem do bebê.

Não se pode esquecer que, apesar do ambiente hospitalar, a parturiente não é uma enferma. Trata-se de uma pessoa que necessita de assistência especializada para passar por um processo saudável. Desse ponto de vista, é possível perceber como os procedimentos médicos mais comuns podem tornar o ambiente de parto hostil e estressante para a parturiente.

3.3.5 Objetificação da gestante

A objetificação da mulher é ponto de difícil compreensão e aceitação até mesmo para aquelas que passaram por procedimentos violentos. Isso por que os protocolos hospitalares atuais, muitos deles sem o devido respaldo científico, estão bastante assentados e aceitos, não apenas pela cultura hospitalar, mas pela sociedade em geral.

Sendo assim, muitas mulheres desinformadas dos estudos médicos atuais, aceitam a experiência como normal, sem se insurgir contra essa realidade e sem se permitir o direito de reclamar do seu sofrimento. Nos protocolos vigentes, a gestante nunca é a protagonista de seu próprio trabalho de parto.

O médico parece ser o detentor do saber e é ele que tem o controle em uma relação em que não há garantia de transparência, não existe uma abertura que possibilite que as escolhas sejam tomadas em conjunto, mas sim uma hierarquia entre as partes. Mesmo quando as mulheres buscam a informação e chegam ao momento do parto cientes das práticas comuns e do que é melhor indicado pelos

estudos atuais, é comum que os médicos desrespeitem suas vontades, o que demonstra ainda mais sua aparente inferioridade frente à presença do médico.

3.3.6 Cesariana eletiva

Cesariana eletiva é aquela realizada sem as indicações médicas. O procedimento cirúrgico surgiu como forma de salvar vidas, tanto da mãe quanto do filho, em casos gestacionais específicos. No entanto, com o tempo, a cultura do parto incisivo foi se disseminando. A cultura do parto por meio cirúrgico surgiu da concepção laica de nascimento. Em oposição à dor do parto como pena pelo pecado original, a medicina trouxe formas de aliviar o sofrimento da mulher (DINIZ, 2005).

A utilização da cesariana de forma eletiva, mesmo sem as indicações médicas, instalou-se como prática comum, como forma de cultura, transmitida de professores para alunos como método seguro, mesmo que, em sua maioria, as práticas não tenham o respaldo científico necessário. A prática de cesarianas eletivas se disseminou no meio médico como prática comum e aliou-se a problemas estruturais, resultando numa maior preocupação por parte das autoridades de saúde pública.

Por dar a possibilidade de o município conquistar novos recursos, a cirurgia torna-se, de certa forma, economicamente viável. Na área pública, embora gere mais custos com anestésias e demais cuidados caros a uma intervenção do gênero, ajuda a desobstruir a estrutura precária. Na área privada, confere ganhos aos médicos. Portanto, ao longo do tempo, foi disseminada a prática de cesarianas necessárias sem o devido respaldo médico para isso. Este procedimento foi repassado e aceita pelas mulheres, desrespeitando a fisiologia de 42 semanas.

3.4 OS CONCEITOS DE HUMANIZAÇÃO

Quando a obstetrícia e a parturiente se encontram pela primeira vez, quase sempre é uma experiência entre estranhos. A esse respeito, diz-nos Peplau:

[...] com frequência, as relações interpessoais anteriores são tão traumáticas que aos doentes lhes parece inconcebível que os outros os

possam aceitar tal como são, por isso pensam que devem evitar pedir ajuda nos cuidados e tendem a isolar-se. (PEPLAU, 1990, p. 26)

Por outro lado, Kitzinger (1996) considera que:

Se queremos, enquanto profissão, providenciar uma melhor assistência ao parto, precisamos conhecer o que pensam as grávidas sobre ele, e os aspectos culturais que o envolvem para que os possamos desmistificar, enquanto um acto natural, mas de angústia e dor. (KITZINGER, 1996, p. 92).

O tema humanização é amplo e, para compreendermos o seu significado, devemos estar atentos para a obtenção de respostas, procurando observar o meio em que vivemos. Essa mudança deve partir de cada profissional da área da saúde, colocando cada um sempre no lugar do nosso semelhante, fazendo assim a diferença na assistência prestada, sistematizada e individualizada.

Infere-se que o conceito de humanização vem sendo utilizado na assistência ao parto há muito tempo, sendo os seus conceitos difundidos por autoridades do cenário internacional em obstetrícia médica, conforme foi apresentado anteriormente e com o objetivo de trazê-lo ao nível de um evento natural e familiar.

Para Hesbeen (2001), cuidar é:

[...] a reunião de diversos factores, o acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados, associados aos seus conhecimentos de natureza científica e às competências técnicas, revelam-se, nesses casos, componentes essenciais a um cuidar de qualidade (HESBEEN, 2001, p. 43).

De forma simples, pode-se dizer que humanizar o parto significa respeitar a individualidade durante esse importante momento na vida de uma mulher e da sua família. A humanização é um processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais de usuários e profissionais, assim como os funcionamentos institucionais importantes para a compreensão dos problemas e elaboração de ações que promovam boas condições de trabalho e qualidade no atendimento, segundo Rios (2003, p. 6).

Por outro lado, humanizar o nascimento é adequá-lo a cada mãe, a cada pai ou a cada família envolvida, ou seja, a obstetrícia não pode apenas aplicar boas técnicas e esquecer-se dos sentimentos das pessoas envolvidas nesse processo.

A OMS (2000) propôs a divulgação de diretrizes no sentido de humanizar e desmedicalizar o parto, disponibilizando à mulher a oportunidade de tomar decisões e ser responsável pela escolha dos cuidados que lhe são prestados, assim como pelo seu acompanhamento.

De maneira geral, a gestação e o parto são momentos de alegria para os pais e para os familiares, exatamente quando uma nova vida se desenvolve e vem ao mundo. Mas, ao mesmo tempo, e como consequência disso, dar à luz continua sendo um dos riscos de saúde mais sérios enfrentados pelas mulheres. Como diz Fernandes (1974, p. 15), “[...] a gravidez é uma espécie de teste emocional a desafiar determinados conflitos aparentemente extintos”. Também, para Colman e Colman (1994, p. 13), “[...] a gravidez não é uma experiência estática nem breve, mas plena de crescimento e mudança, enriquecimento e desafio”.

Esses mesmos autores asseguram ainda que, uma mulher em idade fértil, com vida sexual ativa e que não usa métodos contraceptivos, no final da quarta semana já pode suspeitar que esteja grávida, pois o ovário não liberta óvulos, evitando assim que a camada do útero se escame, tendo em vista que a amenorreia é um dos sinais da gravidez. Outros sinais da gravidez são as alterações mamárias, náuseas e vômitos, frequência urinária e fadiga, entre outras decorrências. Também é do conhecimento geral que, nessa fase, a menstruação seja interrompida devido a alterações nos níveis de hormonas, o útero aumenta de tamanho progressivamente, e as mamas crescem, posto que estejam sendo preparadas para a amamentação.

O diagnóstico de gravidez baseia-se na história, no exame físico e nos testes laboratoriais. Segundo Lowdermilk e Perry (2008, p. 224) “[...], a gonadotrofina coriônica humana (HCG) é o marcador biológico mais precoce da gravidez [...]”. Stewart (2004 apud LOWDERMILK; PERRY, 2008, p. 224) revelam que “a produção de β - HCG começa no dia da nidação e pode ser detectada precocemente entre 7 a 10 dias após a concepção”. No entanto, o nível de HCG aumenta até atingir o pico entre os 60 a 70 dias de gestação, depois começa a declinar até cerca de 80 dias e, a partir de então, permanece estável até a 30ª semana, aumentando gradualmente até o fim da gestação. Os testes de gravidez

(sangue e urina) podem ser realizados nas unidades de saúde, porém, os de urina podem também ser realizados em casa com a amostra da primeira urina do dia.

Do ponto de vista fisiológico, a gravidez corresponde ao período que decorre entre a concepção e o nascimento da criança. No ser humano, de acordo com Lowdermilk e Perry (2008:204), “[...] *a gravidez dura aproximadamente 10 meses lunares, 9 meses de calendário, 40 semanas ou 280 dias*”. Conquanto, deve-se monitorar a gravidez a partir do primeiro dia da última menstruação (DUM), embora a concepção ocorra aproximadamente 2 semanas depois do primeiro dia da DUM.

3.4.1 A humanização no trabalho de parto

Segundo Aragão (2009, p. 13), historicamente, a assistência ao parto era de responsabilidade exclusivamente feminina, já que as parteiras realizavam essa prática, as quais eram conhecidas na sociedade pelas suas experiências, embora não dominassem o conhecimento científico. Sendo assim, os acontecimentos na vida da mulher eram consumados em sua residência, onde elas trocavam conhecimento e descobriam afinidades; a presença masculina durante a parturição era considerada incômoda. Nesse ínterim, conforme a autora, a partir do século XX, na década de 40, foi intensificada a hospitalização do parto, que permitiu a medicalização e controle do período gravídico puerperal. O parto, como um processo natural, privativo e familiar passou a ser vivenciado na esfera pública, em instituições de saúde com a presença de vários atores conduzindo esse período. Isso favoreceu a submissão da mulher, a qual deixou de ser protagonista do processo parturitivo.

Diante do exposto, a mulher perdeu sua privacidade e autonomia, foi separada da família e submetida a normas institucionais e práticas intervencionistas sem a devida elucidação e consentimento da parturiente. Em vista disso, ofereceu-se uma assistência com aparente segurança. Nesse processo, o parto passou a ser vivenciado como um momento de intenso sofrimento físico e moral. O medo, a tensão e a dor das parturientes nesse modelo de assistência impedem o processo fisiológico do parto normal, o que pode culminar em prática intervencionista que, na maioria das vezes, poderia ser evitada.

Ao final do século XX, difundiu-se mundialmente o movimento que tinha por objetivo oferecer a assistência à saúde baseada na evidência empírica da segurança, dos procedimentos e da afetividade, em todas as especialidades médicas (CHALMERS, 1992, p. 316).

Para Castro e Clapis (2005, p. 76), o conceito de humanização do parto pode ser diversificado, porém, há um movimento defendendo-o como um processo que respeita a individualidade das mulheres, valorizando-a como protagonista e permitindo a adequação da assistência à cultura, crenças, valores e diversidade de opiniões dessas pessoas. Assim, 'humanizar o parto é respeitar e criar condições para que as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas e biológicas'.

Em conformidade com as mesmas autoras, por causa do modelo assistencial vigente, a mulher muitas vezes não tem sequer noção do que seria o respeito a sua individualidade – satisfaz-se em encontrar o leito obstétrico para acolhê-la quando vai parir. A assistência à mulher perdeu seu ponto básico, que é o de ser voltada para ela própria, sendo essa uma pessoa completa, com princípios, cultura, vontades e medos.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 569, de 01/06/2000, afirma que a humanização seria receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, exercendo uma atitude ética e solidária por parte dos profissionais, de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. Evitar práticas intervencionistas desnecessárias que não beneficiam a mulher e o recém-nascido, pode acarretar, com frequência, maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000).

O papel que a mulher ocupa na humanização do parto é fundamental, pois durante o pré-natal, com as palestras e orientações, ela é preparada para ser agente e protagonista durante o procedimento do parto, sendo capaz de decidir, juntamente com o médico, qual parto é indicado e quem ela deseja que a acompanhe.

Segundo Osava (2003, p. 201), mais de 20 anos de excessiva intervenção médica no nascimento criou representações muito fortes no que se refere aos sentimentos de pavor que envolvem o parto. No parto humanizado, a

mulher reencontra sua autonomia, dessa forma, exige nova postura dos profissionais que a assistem.

Portanto, humanizar contribui significativamente para melhorar a qualidade de nossas vidas na busca pela felicidade no cuidado do dia a dia e no cuidado dos outros quando esses necessitam de nós, segundo Barmejo (2008, P. 46).

A humanização da assistência deve garantir que um momento único, como o parto, seja vivenciado de forma positiva e enriquecedora. Resgatar o contato humano, ouvir, acolher, explicar e criar vínculo são requisitos indispensáveis na diligência. Tanto o cuidado físico quanto a realização de procedimentos são importantes, essa, por sua vez, comprova benefícios, redução de medidas intervencionistas, privacidade, autonomia e respeito à parturiente ao ser admitida em trabalho de parto, pois, em geral, a mulher é afastada dos familiares e submetida a procedimentos cujos resultados às vezes não são os melhores.

Se visualizarmos a parturiente como única e com direitos a serem respeitados, os profissionais devem utilizar o diálogo como um diferencial na assistência humanizada e esse deve ser valorizado desde o pré-natal, buscando atender aos questionamentos delas, com orientações e esclarecimento de dúvidas e temores referentes à gestação, trabalho de parto, parto e puerpério.

Cuidar é mais do que um ato, é uma atitude. Abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, de responsabilização e desenvolvimento com o outro, como nos diz Boff (1999, p. 33).

Todo profissional de saúde deve pensar em coletividade e no outro, considerando-se que não pode trabalhar de forma isolada. O contato diário e a comunicação que devem ser estabelecidos fazem parte da troca de experiências e percepções que se traduzem no enriquecimento do profissional de saúde, possibilitando-lhe conhecer o paciente e assim fornecer uma assistência com mais qualidade e eficácia. Essa atitude promove a humanização para as relações que se estabelecem entre o profissional, a parturiente, a família e a instituição de saúde que aquele representa.

Benner e Wrubel (1989 *apud* COUTINHO, 2004) defendem que o cuidar é fundamental como fator de crescimento humano. Por um lado, para a pessoa que se

sente frágil, os gestos de reconhecimento do seu valor humano, o respeito, a delicadeza, a ajuda e o interesse transmitem-lhe energia para continuar a viver e a ultrapassar os obstáculos da vida. Em contrapartida, a pessoa que cuida tem acesso e interpreta os significados e preocupações do outro sem ter tido a sua experiência, sendo necessário que quem cuida se envolva e esteja em sintonia com quem é cuidado, assumindo uma conduta importante na interação.

Citando Hesbeen (2004):

[...] o cuidado de parto exige habilidades distintas e, como tal, é uma conduta ética que se baseia no descobrimento do outro, na sua particularidade e no seu acompanhamento, tendo por objetivo proteger a vida, respeitando-a (HESBEEN, 2004, p. 101).

Segundo o Manual Técnico do Ministério da Saúde (2006, p. 9), entende-se por humanização:

A valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde – usuários (as), trabalhadores (as) e gestores (as); fomento da autonomia e protagonismo desses sujeitos; a corresponsabilidade entre eles; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Por outro lado, a atenção obstétrica e a neonatal devem ter como características essenciais a humanização e

uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada dá-se por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias e do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde os atendimentos ambulatoriais básicos ao atendimento hospitalar para alto risco. (Manual Técnico do Ministério da Saúde, 2006, p. 10)

É neste sentido que Cechin (2002, p. 445) acredita que a humanização do parto consiste em acolher a parturiente, respeitar sua individualidade e “[...] *oferecer ambiente seguro, oferecer-lhe um acompanhamento merecedor e não intervir em processos naturais com tecnologia desnecessária*”. Diz-nos que a humanização do parto implica o parto natural/normal, por esse motivo é importante salientar que a assistência humanizada não é só condição técnica, mas prioritariamente solidariedade, respeito e amor pelo ser humano. Por seu turno, o

Ministério da Saúde (2001, p. 38) aponta que “[...] *a atenção adequada à mulher no momento do parto representa um passo indispensável para garantir que ela possa desfrutar da maternidade com segurança e bem-estar*”. Couto (2003, p. 140), no seu estudo intitulado *Preparação para o Parto*, esclarece que o mesmo proporciona inúmeras vantagens, porque uma mulher elucidada e colaboradora terá um parto mais fácil, reduzindo complicações para si e para o recém-nascido, além do tempo de internamento e fármacos administrados.

Os cuidados do grupo de obstetrícia devem centralizar-se na avaliação e apoio à mulher e à família durante o processo de trabalho de parto e no parto, de forma a garantir os melhores resultados possíveis para todos os envolvidos. É fundamental envolver a parturiente como parceira na formulação de um plano de cuidado, o que permitirá a sua assistência no nascimento do filho e reforçar a sua autoestima e nível de satisfação.

A assessoria humanizada prestada à gestante e à parturiente não pode ser ensinada de forma sistemática. Isso vai depender do carácter de cada indivíduo do grupo, da sensibilidade como pessoa e da inclusão desse conceito em sua formação universitária, tanto a nível teórico como prático.

As transformações que a mãe deve enfrentar estão relacionadas a várias esferas, as quais são associadas à forma humanizada de cuidar da mulher no período de trabalho de parto. É fundamental que essa premissa perpassasse pela formação de cada profissional de saúde. No decorrer do processo de trabalho de parto, percebe-se o advir de expressões de angústia, medo, inquietação e indiferença que se acentuam à medida que o próprio desconforto originado pelo trabalho de parto evolui.

O apoio emocional dado à mulher e à família pelos profissionais que a amparam é indispensável, se levarmos em consideração que, conforme referiu Florence Nightingale (2005, p. 59), “*a apreensão, a incerteza, a espera, a expectativa, e o medo da surpresa prejudicam mais o doente do que o esforço físico*”. Segundo Lowdermilk e Perry (2008, p. 356), “[...], *a dor é um fenómeno desagradável, complexo e muito individual com componentes a nível sensorial e emocional*”.

Não obstante, a dor de parto deve ser encarada como um processo fisiológico natural, sendo específica para cada mulher e influenciada por fatores

fisiológicos, psicológicos e ambientais. Para tanto, a equipe obstétrica com uma abordagem centrada no cuidar e numa presença que garante segurança é capaz de satisfazer as necessidades e os desejos da parturiente e proporcionar-lhe uma sensação de conforto.

A equipe deve conhecer e utilizar de técnicas farmacológicas e não farmacológicas que ajudarão a parturiente a minimizar esse desconforto. Segundo Lowdermilk e Perry (2008, p. 344) “[...] *afetam as adaptações anatômicas e fisiológicas da mulher ao trabalho de parto*”. Mudanças frequentes de posição aliviam a fadiga, aumentam o conforto e melhoram a circulação, segundo Gupta e Nikodem (2001 *apud* LOWDERMILK e PERRY, 2008, p. 344).

De acordo com Lowdermilk e Perry (2008, p. 345), a mulher deve ser encorajada e orientada durante o trabalho de parto para que ela possa adaptar posições que considere confortáveis, dentre as quais destacamos algumas: caminhando, sentada/inclinada, sentada com as pernas cruzadas, *semi-fowler*⁹, em genuflexão (flexionar os joelhos, exemplo: gatinhar), de pé, de cócoras, de joelhos e inclinada para frente com apoio.

Neste sentido, o acompanhamento da parturiente por parte de algum conhecido é fundamental:

A presença de uma pessoa (i.e. familiar, amigo) que proporcione apoio físico, emocional e psicológico é uma forma benéfica de cuidar que alivia a dor significativamente, melhora os resultados, diminui as intervenções (por exemplo, utilização de medidas farmacológicas para o alívio da dor), a taxa de complicações (partos por cesariana) associadas ao parto e melhora a satisfação global materna. (LOWDERMILK e PERRY, 2008, p. 359).

O ambiente é também um fator que a obstetrícia deve considerar, tendo em vista que possa influenciar a capacidade da mulher para lidar com a dor do trabalho de parto. Segundo Lowdermilk e Perry (2008, p. 449), os quartos de trabalho de parto devem ser arejados, limpos e semelhantes ao domicílio. A mulher deve sentir-se segura nesse ambiente e livre para usar as medidas de relaxamento e de conforto que preferir. Para incitar a quietude, as luzes sobre a cabeceira devem ser desligadas quando não forem necessárias e o ruído e movimento de pessoas

⁹ Posição semi-sentada em que a cabeça e o tronco levantam-se entre 15 e 45 graus.

devem ser reduzidos ao mínimo. O quarto deve ser suficientemente grande para acomodar uma cadeira confortável para o companheiro e para o pessoal hospitalar.

Nesta perspectiva, a sugestão dada à parturiente para que leve almofadas com o objetivo de tornar o ambiente hospitalar mais parecido com o seu domicílio e para facilitar as mudanças de posição. É importante que um membro da equipe converse a fim de aliviar a ansiedade da mulher explicando-lhe os termos e procedimentos com os quais não está familiarizada.

O ambiente deve ser seguro e ter privacidade, permitindo à mulher sentir-se livre para ser ela mesma a tentar medidas de conforto. Seguem algumas:

- Técnicas respiratórias através de inspirações pelo nariz e expirações pela boca de forma relaxada, começando com uma inspiração profunda de limpeza, para receber a contração, e terminando com uma expiração lenta para acabar suavemente com a contração.

- A hidroterapia, banhos de banheira, chuveiro ou jato de água quente e sentar-se numa banheira com água até aos ombros durante 1 a 2 horas têm inúmeros benefícios imediatos. De acordo com Nikodem (2003 *apud* LOWDERMILK e PERRY, 2008, p. 449), “[...] a flutuação provocada pela água, proporciona relaxamento generalizado do corpo e alívio temporário do desconforto e da dor”, reduz também a ansiedade e aumenta o bem-estar. E, ainda, a produção de catecolaminas diminui, causando o aumento dos níveis de ocitocina (para estimular as contrações uterinas) e de endorfinas (para reduzir a percepção da dor). Além disso, as bolhas de água estimulam os mamilos, fazendo com que intensifique a produção de ocitocina.

- A musicoterapia contribui para o relaxamento durante o trabalho de parto e, por conseguinte, reduz o estresse, a ansiedade e a percepção da dor. As parturientes devem ser incentivadas a levar a sua música preferida para a maternidade e o uso de auscultadores pode aumentar a sua eficácia, porque outros sons serão excluídos.

Essas são algumas entre outras muitas estratégias de relaxamento e alívio da dor em conformidade com Lowdermilk e Perry (2008). A pessoa deve ser vista como ser único, digno, e que tem uma visão do mundo que lhe é específica. Em termos de higiene geral, é importante disponibilizar a utilização do chuveiro ou

um banho de água quente, de forma a melhorar o sentimento de bem-estar e a reduzir o desconforto das contrações.

A mulher deve ser encorajada a lavar as mãos após a evacuação, entre outros cuidados de higiene apropriados. A ingestão adequada de líquidos e nutrientes calóricos é extremamente necessária para combater as necessidades energéticas e a perda hídrica associada ao parto. Recomenda-se a ingestão de alimentos leves, isso por que, segundo Lowdermilk e Perry (2008, p. 442), “[...] *minimizam o risco de complicações anestésicas e consequentes sequelas, caso seja necessária uma anestesia geral perante uma emergência*”, querendo isso dizer a aspiração do conteúdo gástrico e consequente compromisso da perfusão de oxigênio. As mesmas autoras afirmam ainda que, atualmente, essa prática tem sido desafiada, pois nota-se a utilização constante da anestesia regional (Raqui) ficando as mulheres acordadas durante a anestesia e sendo, portanto, capazes de se autocuidar e proteger as vias aéreas.

Nos trabalhos de parto prolongado, como também no início das primeiras horas da manhã (depois de uma noite sem ingestão de calorias), desenvolvem-se corpos cetônicos¹⁰ e, se não for satisfeita essa necessidade, poderá levar ao metabolismo dos líquidos. Desse modo, requer uma baixa de energia corporal para realizar os esforços expulsivos.

A mulher deve ser encorajada a realizar eliminação vesical, isto é, a urinar de 2 em 2 horas ou sempre que necessário. Segundo Lowdermilk e Perry (2008, p.445), “[...] *uma bexiga distendida pode impedir a descida da apresentação, inibir as contrações uterinas e provocar a diminuição do tônus da bexiga ou atonia após o parto*”. Deve-se ajudar a mulher na ida à casa de banho e, quando se recomenda o repouso no leito, pode ser necessário oferecer-lhe a arrastadeira sempre que for preciso. Com a eliminação intestinal, as fezes são geralmente expelidas durante a fase de expulsão e nascimento, mas isso aumenta o risco de infecção e também pode causar alguma dificuldade à mulher.

¹⁰ Metabolismo dos corpos cetônicos: Corpos cetônicos são produtos da transformação de lipídios em glicose, apresentam grupo funcional cetona, são sintetizados na matriz mitocondrial dos hepatócitos (fígado) a partir de um excesso acetílico causado pelo excesso de lipólise causado por uma baixa glicemia, ou seja, jejum prolongado que aumenta a lipólise.

Para tal, é necessário que se limpe imediatamente a região perineal, enquanto explica à mulher que a expulsão de fezes nessa fase é um acontecimento normal e esperado, já que os músculos utilizados para expulsão do bebê são os mesmos utilizados para a expulsão de fezes, de acordo com Lowdermilk e Perry (2008, p. 446).

A deambulação e posicionamento, conforme Enkin *et al.* (2000 *apud* LOWDERMILK e PERRY, 2008, p. 446), constituem “[...] a liberdade para a mãe deambular sem restrições e de escolher a posição durante o trabalho de parto são formas de cuidado consideradas benéficas para a mulher em trabalho de parto e devem ser encorajadas”. Isso traz vantagens, tem-se como exemplo a melhoria da atividade uterina, que funciona como uma distração dos desconfortos do trabalho de parto e aumenta o controle da mãe, constituindo um momento de interação próxima com o seu companheiro e o prestador de cuidados.

A humanização na obstetrícia deve atuar como defensora da mulher, apoiando as suas decisões e respeitando as suas escolhas conforme apropriado, se necessário for, deve estender os seus desígnios aos outros profissionais. Recapitulando: é determinante reconhecer os esforços da mulher bem como os do seu companheiro durante o trabalho de parto e reforçá-los de forma positiva.

A OMS (2000) defende que o banho, o incentivo às posições diferentes, a liberdade de movimento, as técnicas para alívio da dor e a presença do acompanhante estão entre as práticas que devem ser estimuladas no trabalho de parto e nascimento. No entanto, devido às dificuldades em aceitar o acompanhante durante o trabalho de parto e no parto, essas técnicas acabam sendo utilizadas de forma inadequada em diversas circunstâncias, já que as parturientes desconhecem essa forma assistencial e não têm direito a escolha, tornando a situação desumana.

O profissional que acompanha a mulher durante o processo de parto e nascimento, além de possuir competência técnica, precisa estar disponível aos anseios e ser capaz de compreendê-los. Os procedimentos e as técnicas são inerentes à rotina de assistência e, independentemente do tempo que o profissional tem disponível, a falta de tempo não pode ser usada como justificativa para o afastamento do profissional de saúde da parturiente.

Assim, a preparação para o parto é algo positivo para todos os envolvidos. Ela se configura como uma relação de partilha e deleite não só para a grávida, o casal e a família, mas para os profissionais de saúde nela envolvidos.

A satisfação no parto não está condicionada à ausência de dor. Muitas mulheres estão dispostas a senti-la, o que elas não querem é que essa dor seja insuportável. O que mais se inclui na satisfação com o parto é o comportamento dos profissionais. Essa sensação agradável é bastante associada a um ambiente acolhedor e à presença de companhia durante todo o trabalho (Rede Feminista de Saúde, 2002).

3.5 INTERDISCIPLINARIDADE NA EQUIPE OBSTÉTRICA

Piaget (1973, p. 42) destaca que a interdisciplinaridade é o grau mais elevado de interação entre as disciplinas, ao defender a não verticalização das mesmas. Ou seja, enfatiza a necessidade de se compartilhar uma mesma plataforma de trabalho, atuando sobre conceitos em comum e esforçando-se para que haja melhor inter-relação profissional. Com isso, efetiva-se uma nova combinação de elementos internos e o estabelecimento de canais de trocas entre os campos em torno de uma tarefa a ser desempenhada conjuntamente.

O conceito de interdisciplinaridade surge no século XX, na França, em meados dos anos 1960, especificamente, em um período marcado pelos movimentos estudantis que, dentre outras questões, reivindicavam um ensino mais sintonizado, com expressiva interação entre as grandes questões de ordem social, política e econômica da época, em um movimento contrário ao ensino fragmentado e verticalizado, conforme Vilela e Mendes (2003, p. 112).

No entendimento de Amorim (2007, p. 73), considera-se a interdisciplinaridade como uma troca intensa de saberes profissionais especializados em diversos campos, exercendo, dentro de um mesmo cenário, uma ação de reciprocidade e mutualidade, que pressupõe uma atitude diferenciada a ser assumida diante de um determinado problema, ou seja, é a substituição de um conceito fragmentado e distante por uma visão unitária e abrangente sobre o ser humano.

Torna-se evidente a necessidade do exercício da interdisciplinaridade nos campos de atuação, seja durante o desenvolvimento acadêmico, seja durante as ações e protagonismos da prática. Porém, essa forma de agir e pensar caracteriza-se como um grande desafio a ser refletido, especialmente no que se refere à formação dos profissionais de saúde.

Pautando-se no modelo biomédico tradicional, conforme Oliveira (2010, p. 214), o ser humano é considerado como uma patologia a ser tratada, distanciando-se da visão absoluta, a partir da qual o indivíduo seria compreendido e visto como um todo no contexto em que se encontra inserido. Além disso, há outros problemas, como a falta de interação, cooperação e diálogo entre os diversos profissionais, que optam em realizar suas ações de maneira isolada e centralizada em sua especificidade.

Desse modo, a diferenciação entre os conceitos de multidisciplinariedade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade se faz necessária. Na multidisciplinaridade, recorre-se a informações de várias matérias para estudar um determinado elemento, sem a preocupação de interligar as disciplinas entre si. Na interdisciplinaridade, é estabelecida uma interação entre duas ou mais disciplinas.

Segundo Japiassu (1976), na transdisciplinaridade, a cooperação entre as várias matérias é tanta, que não é viável separá-las. Esse é o estágio de cooperação entre as disciplinas mais difícil de ser aplicado na academia e na vida profissional, visto que há sempre a possibilidade de uma disciplina “imperialista” sobrepor-se às outras.

A base educacional¹¹ do ensino superior precisa ser reestruturada, para que se estabeleça uma nova relação entre os diversos profissionais de saúde e suas respectivas áreas de conhecimento, distinguindo-se do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e a busca permanente do consenso.

¹¹ As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação (DCN) visam proporcionar às Instituições de Ensino Superior (IES) um direcionamento para a implantação e a implementação dos projetos político-pedagógicos. Não são fórmulas prontas, já que o contexto sócio-político-cultural que envolve cada IES fala mais alto e exige inovadoras formas de saber, fazer e ser. O processo de discussão das DCN se iniciou com a publicação do Edital nº 4/97, que convocava as IES à apresentação de suas propostas que, depois de sistematizadas pelas Comissões de Especialistas de Ensino (CEE) de cada área, seriam encaminhadas ao Conselho Nacional de Educação (CNE). Assim, a discussão mobilizou uma ampla parcela da comunidade com o objetivo de conferir legitimidade ao processo (BRASIL, 2004b).

De acordo com Costa Neto (2000, p. 137), essa relação deve ser pautada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, necessitando de abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a constante comunicação horizontal entre todos os componentes da equipe, gerando, dessa forma, a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação.

Mazon (2001, p. 205) certifica que a interdisciplinaridade é mais efetiva quando praticada em grupo, agregando a contribuição qualitativa das especialidades, num esforço de reconstrução do conhecimento, com vistas à inovação na forma de se pensar em agir diante de determinadas situações. Corresponde, dessa forma, a toda atividade vivenciada a partir de diferentes enfoques; abarca um determinado fenômeno que deve ser estudado por vários ramos de conhecimento.

Segundo Meireles (2005, p. 63), a dinâmica e as transformações que vêm ocorrendo na sociedade refletem de maneira significativa no campo da saúde, trazendo novos desafios aos pesquisadores e profissionais da área, tanto nos campos epistemológicos como nos metodológicos. O setor saúde é convocado a responder à pluralidade de premências, às transições e mudanças ocorridas, centrando-se no ser humano individual ou coletivo.

Buchabqui (2006, p. 30) considera que a interdisciplinaridade em saúde é confundida com trabalho em equipe, como é possível notar em alguns relatos posteriores, porém, é necessário ter clareza de que, sem construção de conhecimento, não há interdisciplinaridade; apenas a justaposição de ações parcelares não atende às ameaças emergentes à saúde, não consegue compreender as novidades das biociências, nem as profundas transformações da vida cotidiana e das relações de trabalho, as quais desvelam o cenário complexo de um novo paradigma do conhecimento.

Para Gattás (2006, p. 323), trabalhar em equipe interdisciplinar é resgatar o processo de aprender a aprender e o de aprender a conviver. É um desafio para todos aqueles que se sentem atraídos pela sua prática. Respeito, abertura para o outro, vontade de colaborar, cooperação, tolerância, diálogo, humildade e ousadia são aspectos indispensáveis para a concretização desse processo. A interdisciplinaridade é uma questão de atitude.

A eficiência e a efetividade dos serviços requerem modalidades de trabalho em equipe que se traduzam na forma de conectar as diferentes ações e os

distintos profissionais. Na equipe multiprofissional, a articulação refere-se à recomposição de processos de trabalhos distintos, promovendo conexões e interfaces entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional.

Dessa forma, a interdisciplinaridade deve ser entendida como um processo em construção; uma postura profissional que envolve capacidade de cooperação, respeito à diversidade, abertura para o outro, vontade de colaboração, diálogo, humildade e ousadia. Não é algo que se aprende somente em sala de aula, pois está inerente ao íntimo de cada profissional. A saúde é uma área essencialmente interdisciplinar, visto que é referente ao ser humano e às suas multifaces.

É imprescindível, portanto, que as instituições que formam os profissionais estejam preparadas para explorar o contexto da integração interdisciplinar, tornando tais profissionais bem capacitados para atuar nesse cenário da saúde. Entende-se que, apesar de não se aprender e não existir uma fórmula para vincular a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe e o trabalho multiprofissional no ambiente acadêmico são necessários para que cada protagonista dessa ação demonstre o desejo de que ocorra essa integração e harmonia entre os diversos saberes, com o objetivo de reinventar conceitos, quebrar paradigmas e concluir que a atenção à saúde é mais que um ato, é uma atitude que deve partir de cada profissional, desde a sua formação. Nesse sentido, são necessárias discussões mais aprofundadas nos ambientes de formação para diferenciar os conceitos do trabalho realizado pelos profissionais da equipe de enfermagem obstétrica, notadamente enfermeiros, técnicos e auxiliares, de forma interdisciplinar com demais profissionais da área de saúde, como médicos, fisioterapeutas, dentistas, psicólogos e assistentes sociais, com o objetivo de alcançar eficiência e melhor aplicabilidade na prática assistencial.

3.6 O PROGRAMA MULHERES MIL

O parto é caracterizado como um evento social e um processo fisiológico que requer muita cautela, às vezes não é possível atender a todos esses cuidados, haja vista que as mulheres sofrem violência institucional na hora do parto. (AGUIAR e OLIVEIRA, 2010).

Neste sentido, o Ministério da Educação implantou o Programa Mulheres Mil inicialmente como projeto piloto, com o objetivo de promover a inclusão social e econômica de mulheres em situação de vulnerabilidade, a fim de permitir a melhoria do seu potencial de mão de obra, bem como as suas vidas e de suas famílias. Inicialmente em 12 estados das regiões norte e nordeste do país, foi idealizado por meio de uma parceria com a *Association of Canadian Community Colleges* (ACCC) do Canadá, em 2007.

Diante dos resultados obtidos, o Programa foi instituído nacionalmente, por meio da Portaria nº 1.015 de 21 de julho de 2011. Com a metodologia Acesso, Permanência e Êxito, o “Mulheres Mil” passou a ofertar cursos profissionalizantes às mulheres em situação de vulnerabilidade social. Segundo o Ministério da Educação, são cursos de Formação Inicial e Continuada (FIC), com carga horária mínima de 160 horas que atendem um público específico de mulheres, utilizando uma metodologia específica, que privilegia temas como direitos e deveres das mulheres, empreendedorismo, economia solidária, saúde, elevação da autoestima, entre outros, buscando promover a inclusão produtiva, a mobilidade no mercado de trabalho e o pleno exercício da cidadania.

Em 2013, o Mulheres Mil passou a integrar o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec) por meio da iniciativa Bolsa Formação. A oferta é resultado da parceria entre o MEC e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), no âmbito do Plano Brasil Sem Miséria (Pronatec/BSM), articulado com a meta de erradicação da pobreza extrema no país.

O programa é executado pelas unidades da Rede Federal de Educação Profissional Científica e Tecnológica.

Esta política-pública ajuda a combater a “violência expressa desde a negligência no auxílio, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional), violência física (incluindo a recusa da medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual. (D’OLIVEIRA, DINIZ e SCHRAIBER, 2002).

A expressão violência obstétrica é utilizada como forma de se agrupar e descrever as várias formas de violência vivenciadas na hora parto, podem ser

caracterizados por maus-tratos físicos, psicológicos e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos (TESSER, 2014)

Qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, tanto em público como privado, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres. (TESSER, 2014, p.3).

Nos últimos tempos, foi possível analisar mudança nos índices de partos feitos no Brasil. Houve diminuição do percentual de partos normais e aumento do de cesárea, sinalizando a importância epidemiológica, já que apresenta impacto nos serviços e saúde das mulheres. Pressupõe-se, desse modo, que seja fundamental a reformulação da estrutura dos serviços de saúde e a cobertura da assistência pré-natal. (PIRES, 2010, p. 192).

O público-alvo do Programa Mulheres Mil são mulheres com idade igual ou superior a 16 anos, chefes de família, em situação de pobreza, cadastradas ou em processo de cadastramento no Cad Único, com as seguintes características: em vulnerabilidade e risco social; vítimas de violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral; com escolaridade baixa ou defasada e, preferencialmente, ainda não atendidas pelo Pronatec¹²/BSM. (MULHERES MIL, 2014).

¹² O Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec) foi criado pelo Governo Federal, em 2011, por meio da Lei 12.513/2011, com o objetivo de expandir, interiorizar e democratizar a oferta de cursos de educação profissional e tecnológica no país. O Pronatec busca ampliar as oportunidades educacionais e de formação profissional qualificada aos jovens, trabalhadores e beneficiários de programas de transferência de renda. De 2011 a 2014, por meio do Pronatec, foram realizadas mais de 8,1 milhões de matrículas, entre cursos técnicos e de qualificação profissional, em mais de 4.300 municípios. Em 2015, foram 1,3 milhão de matrículas.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso, de natureza quantitativa e qualitativa, pesquisa bibliográfica exploratória e entrevista, com uso de questionário semiestruturado.

O estudo de caso envolve um método qualitativo que consiste numa pesquisa aprofundada e específica. Destaca-se a busca por responder questionamentos em espaços nos quais o pesquisador não tem controle sobre o fenômeno estudado. O estudo de caso contribui para compreensão eficaz dos fenômenos individuais, dos processos organizacionais e políticos da sociedade (YIN, 2001).

Configura-se como um estudo empírico, que busca determinar ou testar uma ideia e tem variadas fontes de informação, dentre as quais destaca-se o papel das entrevistas. Por meio delas, o entrevistado expressa sua opinião sobre determinado assunto, utilizando suas próprias interpretações (YIM, 2011).

A tendência do estudo de caso é esclarecer decisões a serem tomadas. Investiga um fenômeno contemporâneo partindo do seu contexto real, utilizando múltiplas fontes de evidências. É uma investigação que assume e trata sobre uma situação específica, procurando encontrar as características e o que há de essencial nela. Este estudo ajuda na busca de novas teorias e questões que servirão como base para futuras investigações (YIM, 2011).

O trabalho de campo aconteceu após a aprovação do projeto de pesquisa junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFVJM), com entrevistas realizadas pelo pesquisador com as mulheres participantes neste estudo. Utilizou-se um questionário semiestruturado contendo perguntas relacionadas ao atendimento antes, durante e após o parto.

Em se tratando da entrevista semiestruturada, a cautela tem sido dada à formulação de perguntas que seriam básicas para o tema a ser investigado (TRIVINOS, 1987; MANZINI, 2003). Autores como Triviños (1987) e Manzini (1990; 1991) têm tentado definir e caracterizar o que vem a ser uma entrevista semiestruturada.

Para Triviños (1987, p. 146) a entrevista semiestruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos dão frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes. O foco principal deve ser colocado pelo investigador-entrevistador. Complementa o autor, afirmando que a entrevista semiestruturada “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]” além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (TRIVIÑOS, 1987, p. 152).

Para Manzini (1990/1991, p. 154), a entrevista semiestruturada focaliza em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para o autor, esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

Um ponto semelhante, para ambos os autores, se refere à necessidade de perguntas básicas e principais para atingir o objetivo da pesquisa. Dessa forma, Manzini (2003) salienta que é possível um planejamento da coleta de informações por meio da elaboração de um roteiro com perguntas que atinjam os objetivos pretendidos. O roteiro serviria, nesse caso, para coletar as informações básicas, além de contribuir para a organização e apoio durante a conferência entre o pesquisador e o informante.

A natureza das perguntas básicas para a entrevista semiestruturada também foi estudada por ambos os autores (TRIVIÑOS, 1987; MANZINI, 2003).

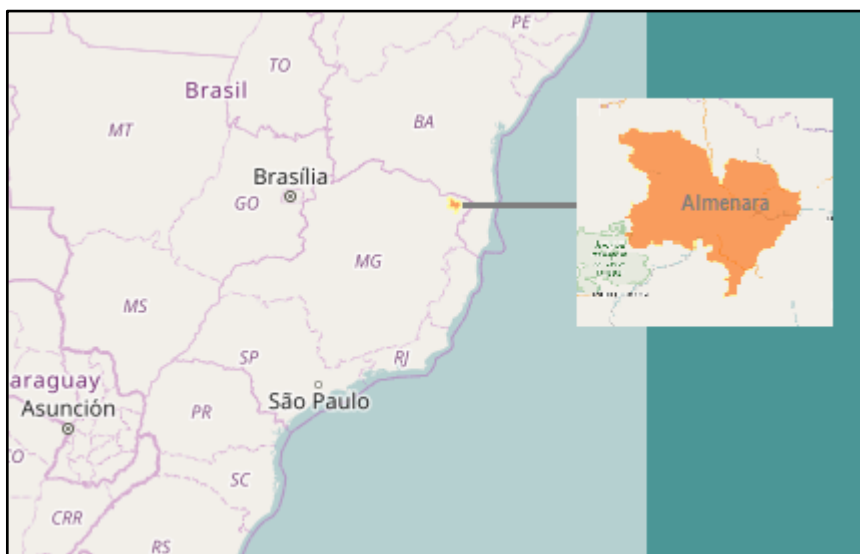
Ao se referir aos tipos de perguntas na entrevista semiestruturada, (TRIVIÑOS, 1987, p. 150) faz uma diferenciação embasada no tipo de vertente teórica: fenomenológica ou histórico-estrutural (dialética).

Importa mencionar que este questionário somente foi aplicado após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Cada mulher foi informada sobre a finalidade da pesquisa, o modo da aplicação do instrumento e o destino dos dados coletados.

Para as variáveis de caráter quantitativo, foi realizada a análise descritiva dos dados e posterior análise bivariada e multivariada.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido no Município de Almenara (Minas Gerais, Brasil). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), este município apresenta, em 2016, uma população estimada em 41.552 habitantes e possui 2.294,426 Km² de área territorial.



Fonte: <http://www.cptec.inpe.br/>

4.3 PARTICIPANTES/SUJEITOS

Foram entrevistadas as egressas do Programa Mulheres Mil, que participaram desse programa entre 2011 e 2015. O número de mulheres seguiu o princípio de saturação da amostra e os dados foram tratados segundo a análise de conteúdo (BARDIN, 2011), sendo selecionadas as que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão e que, recentemente tiveram filhos, até se atingir o número total de sujeitos.

O Programa Mulheres Mil está inserido no eixo promoção da equidade, igualdade entre sexos, combate à violência contra mulher e acesso à educação, fazendo parte de um conjunto de prioridades das políticas públicas do Governo Federal. Uma das metas do programa é o de garantir o acesso à educação profissional e à elevação da escolaridade de mulheres, de acordo com as necessidades educacionais de cada comunidade e a vocação econômica das regiões.

4.4 RECRUTAMENTO DAS PARTICIPANTES

Foi feito contato com os sujeitos de pesquisa via telefone, pessoalmente ou por meio impresso. O pesquisador solicitou a participação voluntária das mesmas após uma explicação sobre os seguintes aspectos: esclarecimento acerca da natureza da pesquisa; seus objetivos; procedimentos; potenciais riscos e o incômodo que possa lhes acarretar no sentido de que talvez revivam lembranças desconfortantes e eventuais fatos traumáticos, o que foi minimizado ao máximo durante as entrevistas, evitando-se exposição exagerada dos detalhes; benefícios previstos, os quais tratam justamente da possibilidade deste trabalho contribuir para a erradicação dos casos de violência obstétrica.

Após o primeiro contato com as participantes, foi feito o agendamento com cada mulher para realização da entrevista em sua residência.

4.4.1 Critérios de inclusão

- a) Mulheres que participaram do Programa Mulheres Mil no período de 2011 a 2015;
- b) Ter tido filhos entre 2005 e 2015;
- c) Puérperas cujo parto foi realizado necessariamente no ambiente hospitalar, público ou privado, e que obtiveram alta hospitalar, juntamente com o recém-nascido, até o momento do estudo.

A prioridade nas informações coletados foi dada aos 20 (vinte) casos mais recentes.

4.4.2 Critério de exclusão

- a) Mulheres que não estavam conscientes no parto;
- b) Aquelas que não foram localizadas após três tentativas pelo pesquisador;

- c) Mulheres que tiveram parto no ambiente domiciliar.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

O período de coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e outubro de 2016. Foi utilizada a técnica de entrevistas qualitativas semiestruturadas. As entrevistas qualitativas permitem o acesso a atitudes e valores das pessoas com profundidade e complexidade (BYRNE, 2004 *apud* SILVERMAN, 2009).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais com a utilização de um roteiro dividido em uma parte de caracterização das participantes e outra contendo um roteiro semiestruturado (APENDICE A), com o auxílio de um gravador digital.

A construção de um questionário, segundo Aaker *et al.* (2001), é considerada uma “arte imperfeita”, pois não existem procedimentos exatos que garantam que seus objetivos de medição sejam alcançados com boa qualidade. Ainda segundo os autores, fatores como bom senso e experiência do pesquisador podem evitar vários tipos de erros em questionários, como por exemplo, as questões ambíguas potencialmente prejudiciais dada sua influência na amplitude de erros. No entanto, existe uma sequência de etapas lógicas que o pesquisador deve seguir para desenvolvimento de um questionário:

- 1 – Planejar o que vai ser mensurado.
- 2 – Formular as perguntas para obter as informações necessárias.
- 3 – Definir o texto e a ordem das perguntas e o aspecto visual do questionário.
- 4 – Testar o questionário, utilizando uma pequena amostra, em relação a omissões e ambiguidade.
- 5 – Caso necessário, corrigir o problema e fazer novo pré-teste.

O roteiro de entrevista desta pesquisa abrange aspectos relacionados à assistência pré-natal, ao último parto da mulher, ao entendimento sobre violência obstétrica, à experiência do parto e ao auxílio durante o mesmo.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A pesquisa, entendida como a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade, vincula pensamento e ação. Minayo (1994, p. 17) considera que “nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática”.

Assim, a pesquisa se realiza fundamentalmente por uma linguagem fundada em conceitos, proposições, métodos e técnicas, linguagem essa que se constrói com um ritmo próprio e particular. Tal ritmo é denominado ciclo de pesquisa e representa um processo de trabalho em espiral que começa com um problema ou uma pergunta e termina com um produto provisório capaz de dar origem a novas interrogações.

A fase do tratamento do material leva o pesquisador à teorização sobre os dados, produzindo o confronto entre a abordagem teórica anterior e o que a investigação de campo aporta de singular como contribuição. Após a coleta de dados, a fase seguinte da pesquisa é a de análise e interpretação. Esses dois processos, apesar de conceitualmente distintos, aparecem sempre estreitamente relacionados: A análise tem como objetivo organizar e sumariar os dados de tal forma que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação. Já a interpretação tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos (GIL, 1999, p. 168).

Os processos de análise e interpretação variam em razão dos diferentes delineamentos da pesquisa. Enquanto nos delineamentos experimentais ou quase experimentais, assim como nos levantamentos, constitui tarefa simples identificar e ordenar os passos a serem seguidos, nos estudos de caso não se pode falar em um esquema rígido de análise e interpretação.

O estudo qualitativo, que prioritariamente emprega técnicas de coleta de dados como a entrevista semiestruturada, não estabelece clara separação entre a coleta de informações e a sua interpretação. Isso se apresenta, de forma mais evidente, no estudo qualitativo de cunho fenomenológico, no qual o investigador ocupa um lugar proeminente. A dimensão subjetiva desse enfoque, cujas verdades se baseiam em critérios internos e externos, favorece a flexibilidade da análise dos

dados, permitindo a passagem entre informações que são reunidas e que, em seguida, são interpretadas para o levantamento de novas hipóteses e nova busca de informações (Triviños, 1987).

À medida que os dados vão sendo recolhidos, o pesquisador procura tentativamente identificar temas e relações, construindo perspectivas e gerando novas perguntas e/ou aperfeiçoando as anteriores, o que, por sua vez, o leva a apurar novos dados, complementares ou mais específicos, que testem suas interpretações, num processo de “sintonia fina” que vai até a análise final (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1998, p. 170).

Os dados referentes à caracterização das participantes são apresentados em valores mínimos, máximos, média e frequência simples. A segunda parte do roteiro da entrevista foi gravada em meio digital, posteriormente reproduzida e analisada por uma adaptação da Análise de Conteúdo Temática, elaborada por Gomes (2011) a partir da proposta de Bardin (1979).

Os procedimentos metodológicos que devem ser seguidos pela análise de conteúdo com abordagem qualitativa são: categorização, inferência, descrição e interpretação. A sequência que geralmente é a mais utilizada é: 1º decomposição do material em partes menores; 2º distribuição das partes em categorias; 3º descrição do conteúdo de cada categoria; 4º inferência dos resultados; 5º interpretação dos resultados obtidos embasado no referencial teórico (GOMES, 2011).

A primeira fase, a decomposição em partes menores, busca identificar a essência do que foi exposto pelo sujeito, aquilo que é fundamental. Em seguida, dividem-se os recortes em grupos, por semelhança, e cada grupo forma uma categoria. A terceira etapa constitui-se em descrever o conteúdo que compõe cada sucessão. O próximo passo é fazer a inferência dos dados obtidos baseando no que o sujeito expôs de maneira verbal ou não verbal.

Na última etapa, é feita a interpretação do que foi dito respaldando-se na literatura. Durante a análise dos resultados, foram inseridos os esclarecimentos sobre as percepções, angústias e incertezas, as quais foram devidamente anotadas no diário de campo, além do resultado obtido pelas informações adquiridas nas entrevistas (VÉRAS, 2011).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo seguiu as condutas éticas previstas pela Resolução nº 466/2012 que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa contou com a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFVJM (parecer nº 1.639.987 de 18/07/2016). Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, a garantia de anonimato, esclarecimentos sobre os procedimentos da pesquisa e sobre o TCLE (APÊNDICE X), que foi assinado por todas as participantes antes das entrevistas.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram obtidos dados quantitativos e qualitativos, sendo o primeiro visando o perfil socioeconômico e de saúde relacionado ao parto das entrevistadas e, o segundo, exclusivamente relacionado à qualidade dos tratamentos durante o parto.

A pesquisa teve a participação de vinte mulheres participantes do Programa Mulheres Mil, que forneceram as informações que seguem.

A idade das entrevistadas variou entre 25 e 40 anos, mostrando-se dentro das estatísticas registradas pelo IBGE.

Tabela 1: Idade das entrevistadas, Almenara, MG, 2016.

	Frequência	Porcentagem
Entre 25 e 30 anos	07	35%
Entre 31 e 35 anos	05	25%
Entre 36 e 40 anos	08	40%
Total	20	100%

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Foi verificado o estado civil das entrevistadas, apresentando cinco mulheres solteiras, oito em união estável, cinco casadas e duas divorciadas, conforme a tabela 2.

Tabela 2: Estado civil, Almenara, MG, 2016.

	Frequência	Porcentagem
Solteira	05	25%
Casada	05	25%
Separada	02	10%
Viúva	00	0%
União Estável	08	40%

Outro	00	0%
Total	20	100%

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Em seguida, foram verificados quantos partos cada entrevistada já realizou e quantos foram institucionais. Os números entre partos e partos institucionais foram iguais. A relação do número de partos é mostrada na tabela 3:

Tabela 3: Número de partos realizados, Almenara, MG, 2016.

	Frequência	Porcentagem
01	07	35%
02	08	40%
03	03	15%
04	01	05%
05	00	0%
06	01	05%
Total	20	100%

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Quanto à escolaridade, na data da entrevista, quatro possuíam o ensino fundamental incompleto, duas o ensino médio incompleto, sete o ensino médio completo, cinco o ensino superior incompleto e duas o ensino superior completo. Pode-se dizer que apenas 10% possuíam curso de graduação.

Tabela 4: Escolaridade das mães entrevistadas, Almenara, MG, 2016.

	Frequência	Porcentagem
Fundamental incompleto	04	20%
Fundamental completo	00	0%
Médio incompleto	02	10%
Médio completo	07	35%
Superior incompleto	05	25%

Superior completo	02	10%
Total	20	100%

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Segundo pesquisa do IBGE (2014), um quarto da população entre vinte e vinte e quatro anos não concluiu o ensino fundamental, enquanto 22,57% dos brasileiros nessa faixa etária não concluíram o ensino médio – o que representa 3,9 milhões de habitantes. Entre os jovens de dezoito e vinte e quatro anos, 36,5% havia abandonado o estudo antes de completar o ensino médio em 2014. Desses, de acordo com o IBGE, a maioria (52,9%) deixou a escola antes de terminar o ensino fundamental, em concomitância a isso, 21,2% abandonou o estudo logo após ingressar no ensino médio. Os dados da pesquisa podem ser ilustrados na mesma ótica da investigação do IBGE, pois sustenta percentuais semelhantes.

Por fim, a pesquisa procurou verificar quais fontes de informação as entrevistadas utilizam no dia a dia. Foram disponibilizadas seis alternativas: jornal escrito, televisão, rádio, revistas, internet e outros, todavia, apenas duas fontes foram citadas nas respostas, conforme observado na tabela 5:

Tabela 5: Fontes informativas que as entrevistadas têm acesso, Almenara, MG, 2016.

	Frequência	Porcentagem
Jornal escrito	00	0%
Televisão	08	40%
Rádio	00	0%
Revistas	00	0%
Internet	12	60%
Outros	00	0%
Total	20	100%

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Essa mesma pesquisa do IBGE, há 15 anos, provavelmente teria resultado neste escore entre televisão e rádio. Hoje, com a globalização e popularização da internet, fez com tornasse capaz de dominar, não só as redes

sociais, como também as fontes de informação. Todavia, 95% das entrevistadas não souberam dizer o que é violência obstétrica, mostrando que a fonte de pesquisa não tem utilidade se não houver o interesse em se informar.

Nesta pesquisa, as entrevistadas puderam expor, com suas palavras, o que vivenciaram durante suas experiências no decorrer do parto. Dentre o que foi revelado, tomou destaque o desconhecimento das entrevistadas acerca do que poderia ser considerado como violência obstétrica. Algumas sofreram sem saber.

Seguem itens na mesma ordem apresentada no questionário:

Assistência no pré-natal

Na presente pesquisa, verificamos que, quanto a assistência ao pré-natal, surgiram queixas quanto à falta de agentes de saúde que visitassem suas residências e médicos que acompanhassem o pré-natal.

Segundo Moraes (2011), um dos principais indicadores do pacto pela saúde, que é a cobertura de pré-natal, baseia-se numa cadeia de procedimentos que os serviços de atenção primária devem realizar, culminando com a prevenção da prematuridade e do baixo peso ao nascer.

Complementa Ferraz (2009) que o pré-natal tem objetivos biológicos, sociais e de saúde pública. Entre os primeiros, destacam-se assegurar a evolução normal da gravidez, preparar a mãe para o parto, puerpério e a lactação. É imprescindível, portanto, identificar, com agilidade, as situações de risco.

Neste sentido, das vinte entrevistadas, quinze consideraram boa a assistência.

"[...] minhas consultas de pré-natal foi muito boa eu fui atendida muito correta nas consultas na data certa e quem fazia era enfermeira e o médico Eles falaram que eu tinha que tomar um remédio que era uma vitamina foi só isso" (Entrevistada nº 12, 2016).

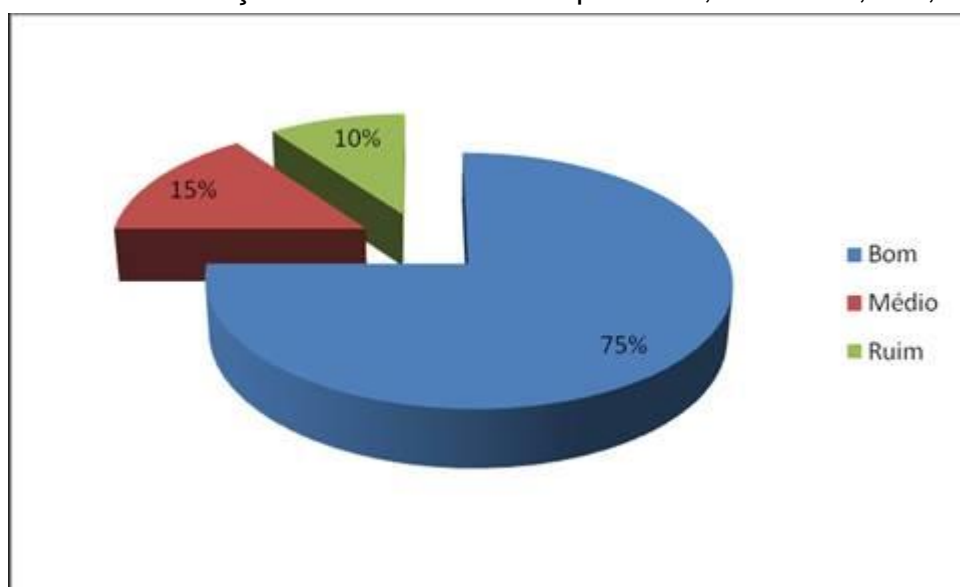
Dentre as cinco restantes, três tiveram alguma queixa e duas acharam muito ruim, geralmente reclamando da falta de médico na assistência, quase sempre feita por enfermeiros.

"Não foi muito bom não porque eu consultei com a enfermeira o médico me atendeu só uma vez e era eu mesmo que marcava os exames eu tomei

todos os remédios que eles passaram que era vitamina 'E' as vacinas também" (Entrevistada nº 18, 2016).

De um modo geral, a maioria das entrevistadas apontou outro problema em pelo menos uma das visitas, mas nada capaz de afastar a boa impressão que tiveram do atendimento durante o período do acompanhamento. Portanto, o resultado para essa questão foi satisfatório, conforme apontado no gráfico 01:

Gráfico 01 - Satisfação com o atendimento pré-natal, Almenara, MG, 2016.



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Segundo o Portal Brasil (2012), o ideal é que a mulher dê início ao pré-natal assim que descobrir a gravidez. Dessa forma, já inicia o vínculo com os serviços de saúde e realiza os primeiros exames e vacinas, além de obter as orientações necessárias antecipadamente.

Nós temos exame de sangue para ver anemia e outras questões, temos o de glicemia, para ver diabetes, temos o de urina para ver infecção urinária, temos a tipagem sanguínea para ver se o sangue da mulher combina com o do pai do bebê, temos o de VDRL, para ver sífilis, temos alguns sorológicos para ver HIV e hepatite B, temos agora eletroforese hemoglobina para rastrear a anemia falciforme e temos um ultrassom por gestante que agora o SUS [Sistema Único de Saúde] está oferecendo (PORTAL BRASIL, 2012).

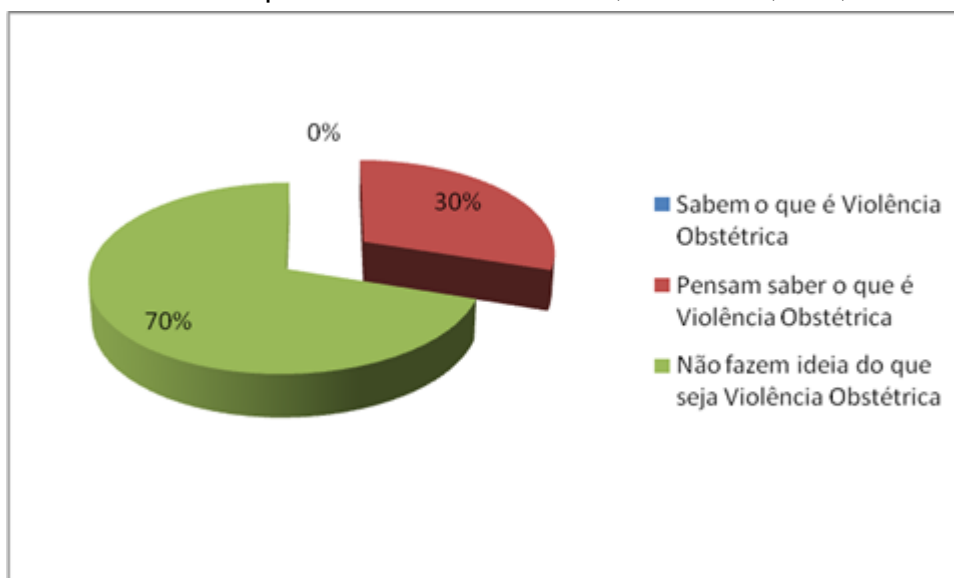
O portal destaca o fato de que o pré-natal pode ser realizado gratuitamente no SUS, o qual fornece não somente os exames, mas também medicamentos necessários à saúde da gestante e seu bebê.

Violência Obstétrica

Conforme conceitua Muniz (2012), a violência obstétrica se configura como a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres no atendimento nas instituições, assim como o desrespeito à autonomia da mulher.

As entrevistadas revelaram ter noção de que isso não é uma coisa boa, entretanto, não souberam elaborar a ideia e muito menos descrever tipos de violência obstétrica. Somente seis mulheres souberam associar a falta de atendimento e agressão física. Houve ainda aquelas que associaram ao assédio ou até ao abuso sexual. A pesquisa mostrou que catorze mulheres sequer faziam ideia do que seja a violência obstétrica e seis mulheres pensavam saber, tendo uma ideia totalmente restrita. Dentre as vinte entrevistadas, dezesseis sofreram algum tipo de violência obstétrica sem saber.

Gráfico 02 - O que é violência obstétrica, Almenara, MG, 2016.



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

O número de mulheres que conhece esse conceito foi nulo. Muitas responderam de forma idêntica à entrevistada nº 9 (2016) que disse “não sei o que é não”.

Conforme o Portal Brasil (2016):

Pesquisa da Fundação Perseu Abramo aponta que uma a cada quatro mulheres sofre violência obstétrica. Muitas não sabem que sofreram violência, que pode ser configurada quando é realizado um procedimento desconhecido pela paciente ou mesmo quando feito um comentário. "Há uma crença de que o sistema de saúde não vai fazer mal. Principalmente no segmento privado, que o médico acompanha a paciente, tem vínculo, ela custa a acreditar que aquele médico pago, particular, possa agir de uma forma violenta", disse a presidenta da Associação Artemis, Raquel de Almeida Marques durante o seminário.

Neste sentido, explica Belli (2013), por meio do Instituto argentino Insgenar¹³, que o desconhecimento quanto aos direitos das gestantes e parturientes, se dá também em relação aos profissionais da saúde, que, com frequência, sequer se questionam acerca da legitimidade de suas práticas.

De fato, o evidenciado nas entrevistas foi esse desconhecimento das mulheres entrevistadas e a não informação por parte da equipe obstétrica.

Partos

Dentre as entrevistadas, o total de partos foi 38, sendo que, desse número, 24 foram normal e 14 por cesariana. Esse contexto também é mostrado por meio de pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde e postada no Portal Brasil (2011), na qual constatou-se 47% de partos cesarianas no país:

[...] quase metade (47%) dos 3 milhões de partos que ocorrem anualmente no País são feitos por cesariana. Nos hospitais públicos, as cesarianas representam 30% dos nascimentos e, nas unidades particulares, 80% do total. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o percentual fique entre 15% e 20% (PORTAL BRASIL, 2011).

¹³ *Instituto de Género, Derecho e Desarrollo da Argentina*. Tradução: Instituto de Género, Direito e Desenvolvimento da Argentina. Disponível em: <<http://www.insgenar.org.ar>>. Acesso em: 18 set 2016.

O Governo Federal busca demonstrar os benefícios do parto normal¹⁴ e explicar que a cesariana deve ser utilizada somente nos casos necessários, todavia, por muitas vezes é uma opção da mãe, desde o planejamento do bebê.

Em muitos casos, o que atrai é a possibilidade de determinar o dia e hora do nascimento, como no caso da entrevistada nº 5, que pôde chegar pouco antes do procedimento “no pré-parto eu nem cheguei a ficar, eu já cheguei lá e fui praticamente pra cesariana”.

Por último, das vinte mulheres entrevistadas, onze tiveram partos normais e nove, cesarianas. Portanto, manteve-se na média apontada pela pesquisa supracitada. Dessas mulheres, dezessete realizaram o parto no Hospital Deraldo Guimarães, em Almenara, duas no Hospital Odilon Behrens, em Belo Horizonte, e uma na Santa Casa de Misericórdia, localizada em Pontal, interior do estado de São Paulo.

Direito a um acompanhante

Das vinte entrevistadas, somente uma foi informada de que poderia ter um acompanhante. Isso representa 5% do total dessas mulheres. Algumas, inclusive, relataram que lhes foi negado o direito de ter um acompanhante, como no caso da entrevistada nº 7 (2016):

"[...] não, eles falaram que não podia ter um acompanhante durante o parto. Eu queria que ou a minha sogra ou minha mãe entrasse comigo, mas eles não deixaram entrar (ENTREVISTADA Nº 7, 2016)."

Conforme Oliveira *et al.* (2011), o respeito à escolha da mulher sobre seu acompanhante é uma prática comprovadamente útil e que deve ser estimulada. A viabilização desse direito da mulher reduz a necessidade de analgesia, a incidência de cesáreas e a depressão do recém-nascido no quinto minuto de vida.

¹⁴ O parto é uma questão de saúde e a escolha deve ser feita pelo método mais adequado. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/03/beneficios-do-parto-normal>>. Acesso em: 16 set 2016.

No entanto, em dezesseis casos, não informaram a gestante da possibilidade, e em três, negaram o direito, mesmo com o pedido da gestante, violando não somente as diretrizes do parto humanizado, mas também a lei:

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (LEI 11.108/2005).

Esse direito se aplica à rede pública e particular, sendo que, no segundo caso, é vedada a cobrança de taxa ou adicional por isso.

A gestante que decidir ter seu bebê em um hospital particular também tem direito ao acompanhante e de acordo com normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é proibida a cobrança de taxa extra. Cabe aos planos de saúde e ao hospital ou clínica negociar as despesas, por exemplo, com roupa esterilizada (CONJUR, 2011).

Idade do Parto

As idades oscilaram entre dezoito e trinta e seis anos. Duas mulheres tiveram o primeiro filho entre dezoito e dezenove anos, do restante, metade entre vinte e um e vinte e sete anos, e as demais entre trinta e um e trinta e seis anos.

Recepção e internação para o parto

Foram registradas diversas histórias, algumas envolvendo dores, demoras, desatenção ou angústia, e outras que disseram ter sido tudo tranquilo e sem qualquer complicação.

O que mais chamou atenção refere-se ao fato de que cinco mulheres descreveram situações negativas e apontaram como sendo um mau atendimento, quatro mulheres descreveram situações positivas e apontaram como sendo um bom atendimento. O fato é que das onze mulheres que apontaram um bom atendimento, seis delas fizeram queixas quanto à assistência prestada, demonstrando que o serviço não foi bom, mas que, devido ao desconhecimento delas acerca do que lhes deveria ser oferecido e à incompreensão dos seus próprios direitos, para elas pareceu normal tudo aquilo.

Uma das entrevistadas apontou o atendimento inicial e a internação como péssimos, conforme segue:

Foi terrível porque na verdade eu ia ganhar na cidade vizinha Jequitinhonha eu já tinha programado uma médica que seria parto cesariana porque no primeiro parto eu sofri muito mas como a criança antecipou, nem deu tempo de eu correr pra lá e foi véspera de micareta aí eu fui pra lá sentindo dor só que tinha umas meninas lá que tava passando mal por causa de bebida e aí entrou uma, Entrou duas, entrou 3 e eu lá esperando e eu já tava sentindo muita dor já revoltada cheguei pro rapaz e falei moço eu não quero ganhar essa criança aqui eu já tô com tudo programado eu preciso passar no médico pra ver se eu posso ir pra lá pra Jequitinhonha Aí quando meu esposo começou a xingar, porque nossa sou muito tranquilo mas eu tava passando mal aí quando deu o toque eu tava com seis centímetros aí eu tive que esperar o médico chegar pra poder ganhar criança foi muito rápido (ENTREVISTADA Nº 19, 2016).

Entretanto, a entrevistada nº 11 (2016), que também precisou esperar bastante, achou o procedimento normal e aguardou até a chegada das contrações corretas.

Eu esperei ter muita dor primeiro fiquei em casa mesmo esperando aí quando eu tava assim quase sangrando mesmo aí eu fui pro hospital lá eu fiquei de observação a manhã toda e não tava as contratações certas e aí eu fiquei a manhã esperando né mas eles me atenderam bem (ENTREVISTADA Nº 11, 2016).

Achar o atendimento satisfatório depende da íntima convicção de cada entrevistada, mas de modo geral, foram caracterizadas de forma negativa, a demora no atendimento e a falta da presença do médico, como relata outra entrevistada:

[...] eu não gostei muito não, eu fiquei muito isolada acho que não fui bem tratada porque quando a gente chega lá fica lá totalmente sozinha não tive direito a acompanhante então sentia muitas dores e as enfermeiras demorava muito vim ver se a gente tava precisando de alguma coisa (ENTREVISTADA Nº 17, 2016).

Contudo, a pesquisa registrou dez impressões positivas, cinco médias e cinco negativas, sob a percepção das gestantes quanto ao atendimento inicial e internação.

Atendimento no pré-parto

Algumas das entrevistadas não chegaram a passar por um pré-parto. No caso das cesarianas, a maioria chegou bem próximo do horário da cirurgia e prontamente foram encaminhadas para o bloco cirúrgico. Também foi rápido com os partos normais que apresentavam riscos. Dentre as que puderam relatar alguns momentos de pré-parto, foi possível constatar que não há uma padronização da equipe, restando algumas muito satisfeitas pela atenção da enfermagem e outras traumatizadas pela grosseria e falta de sensibilidade dos assistentes. Além do mais, quando há demora entre a entrada no hospital e o parto em si, as queixas por mau atendimento se apresentam com mais evidência, revelando despreparo das equipes em prestar o procedimento humanizado por um período maior que uma hora.

Uma das entrevistadas comenta que não estava confortável, mas teve medo de piorar se reclamasse:

[...] foi calmo o médico e ele foi uma vez e um enfermeiro foi três vezes eu sabia sim que eu já sabia que se a gente ficasse quieta que era melhor então nem reclamei muito não porque se a gente reclamar aí que é pior né (ENTREVISTADA Nº 11, 2016).

Nesse contexto, entre percepções boas ou não totalmente boas, são incluídas dezesseis gestantes, restando quatro totalmente insatisfeitas, como no caso da entrevistada nº 8 (2016), que reclamou da falta de preparo humanizado das enfermeiras *“muito ruim porque as enfermeiras são muito mal educadas elas não me trataram bem”*.

Ações da Equipe de Saúde no Parto

Cada caso pede procedimentos próprios. Às vezes é necessário realizar uma incisão, outras aplicar algum medicamento para controlar a pressão ou aliviar a dor. Ocorreram casos de episiotomia e pressão no abdômen para forçar a saída. Para Klein *et al.* (1994), tais práticas devem ser evitadas, pois o uso rotineiro da intervenção não demonstra resultados positivos para prevenir acerações perineais graves. Ao invés disso, essas práticas vêm sendo associadas a ocorrências de acerações de 3º e 4º graus.

A entrevista apontou onze opiniões positivas, quatro regulares e cinco negativas, mantendo relação direta com o serviço anterior (equipe pré-parto).

Gráfico 03 – Satisfação com o pré-parto.

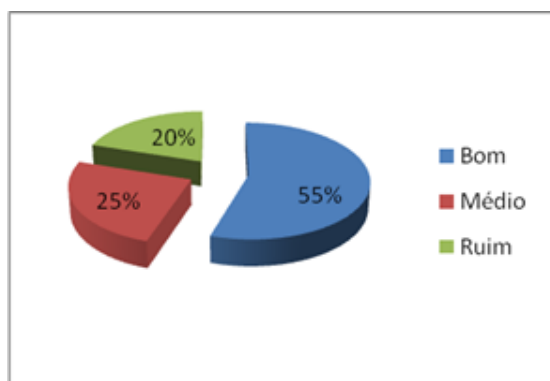
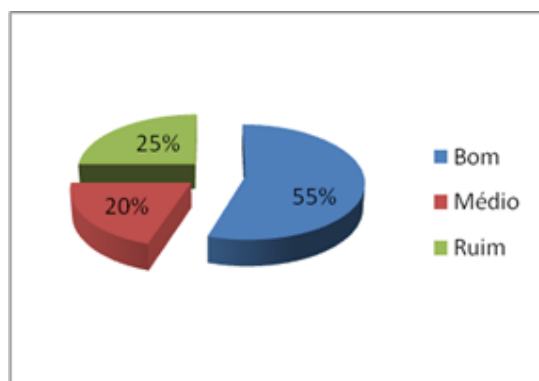


Gráfico 04 – Satisfação durante o parto.



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Em comparação, pode-se perceber que se trata de uma continuidade do atendimento, comparando-se à assistência prestada no pré-parto e no parto. Por meio das entrevistas foi constatado que o acompanhamento atencioso, cortês e gentil se dá desde o início, da mesma forma que o atendimento desconfortável.

Notou-se que as gestantes bem recepcionadas no pré-parto se mostraram mais tranquilas para o parto, ainda que algo pudesse complicá-lo:

Foi um atendimento bom eles me perguntaram o tempo todo se eu tava bem se tava tudo tranquilo o médico ele me ajudou, eu não tava conseguindo, é assim, tava difícil sair aí ele fez o corte e aí eles me ajudaram fazendo força na minha barriga e aí foi bem tranquilo eu acho que foi uma boa assistência (ENTREVISTADA Nº 10, 2016).

Nesse sentido, as gestantes mal atendidas no pré-parto se mostraram com alguma indisposição. No caso da entrevistada nº 18, que afirmou não ter gostado dos procedimentos, até que explicaram para ela a situação. Daquele ponto em diante, foi tudo bem.

Então eu entrei às 9:00 e da manhã e aí eu fiquei até 10:00 da noite porque eles queriam que eu ganhasse normal, mas eu não dilatava e nossa eu vou te falar eu recebi muito toque, foi muito ruim porque aquele tempão lá eles achavam que ia ser normal mas normal não dava porque não tinha passagem [...]

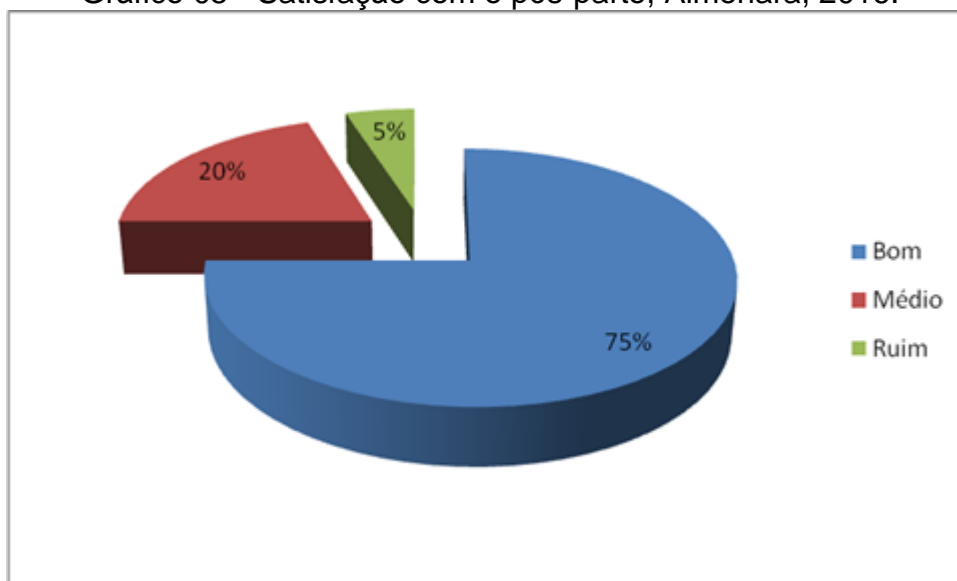
[...] eu fui andando pro bloco cirúrgico o médico até xingou que eu não podia ter ido andando eu deveria ter ido de cadeira de roda Aí lá eles me explicaram o que tava acontecendo falaram que iria fazer anestesia E aí foi bom depois disso (ENTREVISTADA Nº 18, 2016).

Entender os procedimentos, ter a informação precisa do que está havendo e o que irá acontecer, trouxe menos ansiedade à maioria dos casos. Quanto antes a gestante estiver entendida no que se refere aos procedimentos, mais relaxada e tranquila fica para ter o bebê, e essa segurança pode ser transmitida desde o pré-natal ou, na pior das hipóteses, desde o pré-parto, para que já entre em trabalho de parto sem medo e sem surpresas.

Quanto ao pós-parto, pode-se dizer que foi mais tranquilo para as entrevistadas, pois com ou sem inconvenientes antes e durante o parto, o pós-parto alcançou o objetivo e geralmente estar com o bebê pareceu ser o suficiente naquele momento.

Dessa forma, a maioria das entrevistadas reconheceu o procedimento como bom ou regular, mesmo as que já haviam reprovado o pré-natal, durante o parto restou somente uma reclamação incisiva.

Gráfico 05 - Satisfação com o pós-parto, Almenara, 2016.



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A reclamação veio da entrevistada nº 16, que já vinha de um mau atendimento desde o pré-natal. No depoimento da entrevistada, consta: “Depois que eu ganhei o bebê olha eu não tive muita assistência não, não sei se ela já tava com raiva”.

Vivências da violência obstétrica

Dentre as entrevistadas, sete se sentiram ofendidas/ameaçadas. O motivo, de modo amplo, foi o descaso ou abandono, que acabou por deixar as gestantes inseguras ou com medo.

Conforme conta a entrevistada nº 2: “Me deixaram muito tempo no corredor foi isso que eu achei ruim eu fiquei com medo”.

Também se registrou casos de má conduta profissional, como relata a entrevistada nº 8: “No pré-parto porque elas eram muito mal educadas comigo, as mulheres só ficava tipo assim com a cara ruim”.

Há de se considerar a fragilidade física e psicológica do momento, que demanda ainda mais tato, compreensão e prudência da equipe obstétrica.

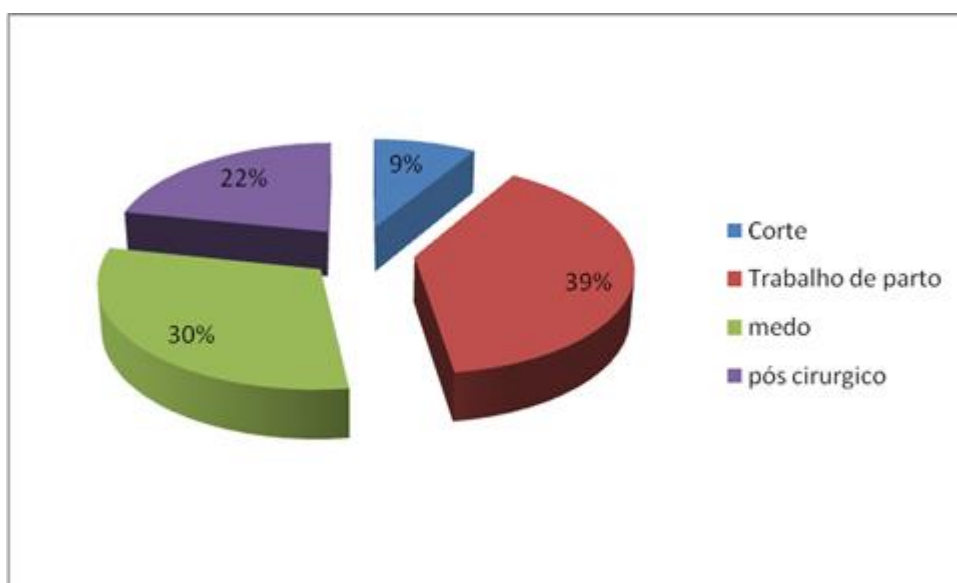
Seis entrevistadas disseram se sentir confusas por falta de explicação nos procedimentos ou da didática utilizada pelo profissional de saúde ao esclarecê-las. Situação bem clarificada no depoimento da entrevistada nº 2, que diz:

“Eu fiquei com medo na hora [em] que ele estava [com um aparelho similar] com um alicate.”

Esses casos em que a gestante tem dúvida sobre qualquer procedimento, de fato a deixa confusa e insegura. Das seis entrevistadas que se disseram confusas, todas apresentaram dúvidas quanto aos procedimentos e reclamaram da falta de explicações.

Os momentos mais dolorosos para as entrevistadas foram o corte para facilitar a abertura no parto normal (episiotomia), o trabalho de parto (contrações e momento de expulsão), medo de que algo possa dar errado ou que a criança venha nascer com algum problema e, por fim, o pós-cirúrgico, especificamente citado por quem teve que passar pela cesariana.

Gráfico 06 - Momento mais doloroso para as entrevistadas, Almenara, 2016.



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Cabe mencionar que sete das gestantes demonstraram medo e também reclamaram da falta de explicações ou mau atendimento desde o pré-parto. Todavia, há de se considerar a própria experiência vivenciada pela gestante, como no caso da entrevistada nº 14, que, desde o pré-parto, não se sentiu confortável frente a uma má experiência.

Eu acho que pra mim foi antes de ganhar esse medo preocupação de acontecer alguma coisa com o neném foi uma agonia muito ruim porque o meu segundo parto o cordão enrolou três vezes (ENTREVISTADA Nº 14, 2016).

Nesse caso, a tranquilidade somente acontece ao receber o filho nos braços e ver que tudo ocorreu bem. Dezesete mães disseram que o momento mais satisfatório foi ter o bebê em seus braços, enquanto três disseram que o melhor momento foi quando viram que tudo correu bem (com elas e com o bebê).

Os relatos foram muito semelhantes e para ilustrá-los, foi escolhida a narrativa da entrevistada nº 13: “[...] claro né quando pegou ele eu vi ele né, e coloquei no colo eu esqueci foi tudo”.

Apesar de que a maioria das entrevistadas não relatou ofensa verbal durante o parto, ou que desconheciam a ocorrência desse tipo de problema, seis entrevistadas afirmaram que sofreram violência. Quase sempre comentários desagradáveis de alguém da equipe obstetrícia.

Teve no pré-parto uma enfermeira que ela falou comigo assim que na hora de fazer ninguém grita e saiu me deixou falando sozinha sentindo dor (ENTREVISTADA Nº 8, 2016).

Teve uma enfermeira que falou assim essas mulheres inventa de ter o filho de madrugada! Como se a gente pudesse escolher a hora né (ENTREVISTADA Nº 19, 2016).

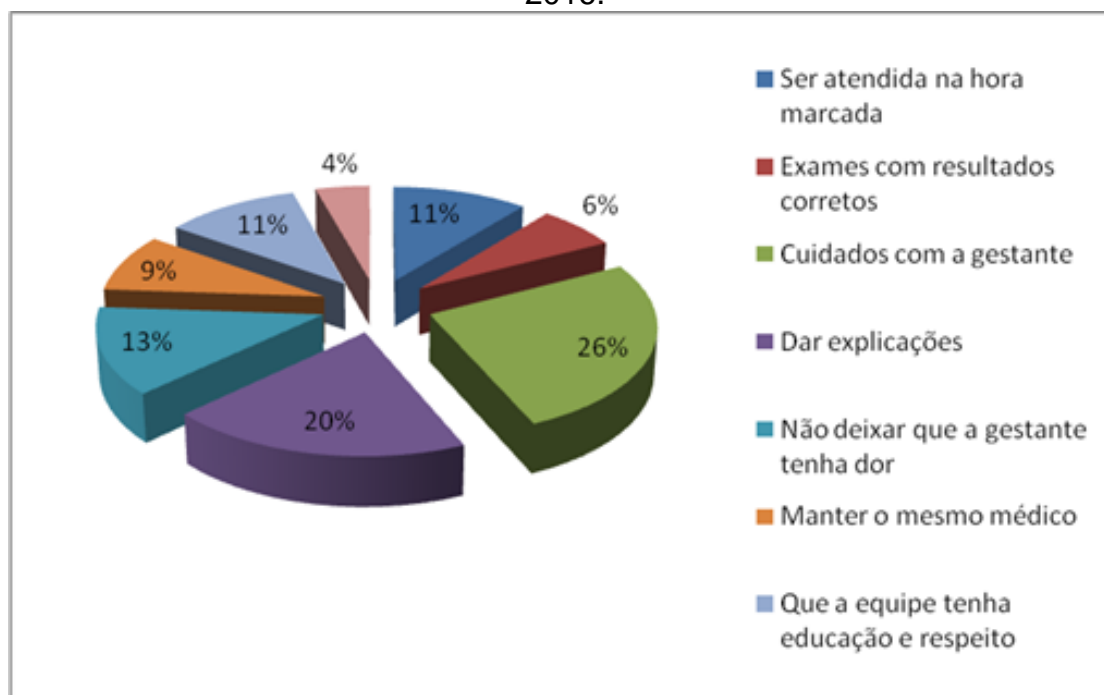
Ouvi sim por parte das enfermeiras umas falavam que eu era novinha demais, que eu não tava gritando na hora, que eu tava namorando e nem chamando minha mãe (ENTREVISTADA Nº 16, 2016).

Sugestões das mães participantes

Livremente, as entrevistadas disseram o que seria importante em uma assistência de parto, e então as respostas se aproximaram com as próprias ideias que cada uma tinha de como erradicar a violência obstétrica.

Mesmo sem saber expressar, elas mostraram entender exatamente o que precisam na hora de ter um bebê e compreendem que a falta desses recursos constitui uma falta. Os atos considerados indispensáveis para elas são apresentadas no gráfico 07:

Gráfico 07 - Tipo de assistência recomendada pelas entrevistadas, Almenara, MG, 2016.



Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Verificou-se a partir das entrevistas que as mulheres gestantes e parturientes, mesmo não tendo conhecimento teórico ou embasamento técnico, são capazes de identificar o que compõe uma boa prática obstétrica e o que constitui agressão a si e ao seu filho.

E apesar de não conhecerem as normas e procedimentos, não se exclui o fato de que queiram aprender sobre o assunto. É o que demonstra a entrevistada nº 17, ao cobrar que lhe passem as informações corretamente:

[...] eu acho que eles deveriam respeitar mais os direitos porque eles não nos dá o direito de ter o acompanhante, de fazer os exames conta histórias falando que não pode fazer os exames pelo SUS eu acho que eles deveriam falar pra gente a verdade de tudo que o certo é isso (ENTREVISTADA Nº 17, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda mulher tem direito ao pré-natal de qualidade e este tem como objetivo a saúde e o bem-estar dela e do bebê. Porém, ainda há registros de casos de maus-tratos e omissão, inclusive na hora do parto.

A prevenção e o combate à violência obstétrica é um caminho importante. Esta dissertação, além de informar a sociedade sobre o tema, apresenta a visão de mulheres sobre o assunto e os passos para que o sofrimento das gestantes seja evitado.

Como constatado pela pesquisa, o planejamento para o parto é um instrumento fundamental para decidir qual dos tipos será escolhido. Porém, devido à inadequada informação durante o pré-natal, há casos em que os traumas provocados pela violência obstétrica podem perdurar por mais tempo, interferindo, inclusive, no comportamento afetivo e sexual da vítima, que muitas vezes pode não se sentir mais à vontade para manter relações sexuais com o marido, ou é diagnosticada com depressão pós-parto.

Nesta perspectiva, esta pesquisa buscou apresentar os caminhos disponíveis e recomendados para o parto, ao mostrar como vinte gestantes se sentiram e foram tratadas pelo serviço de saúde, principalmente da enfermagem obstétrica.

O estudo realizado alcançou os objetivos propostos, partindo de uma visão ampla, que pretendeu pesquisar a ocorrência de hostilidade obstétrica entre as mulheres atendidas pelo Programa Mulheres Mil na cidade de Almenara, em Minas Gerais. Na pesquisa, foi possível identificar os tipos de violência obstétrica às quais as mulheres assistidas pelo programa foram submetidas. Foi elaborada uma cartilha educativa voltada aos profissionais da área da saúde e às mulheres atendidas pelo SUS, que concretizam os objetivos específicos do trabalho.

Para interpretação dos dados coletados, foi realizada uma pesquisa teórica, que aprofundou as informações no tocante ao parto humanizado, tipos de partos e violência obstétrica. Com o referencial teórico e os dados analisados, tornou-se possível obter as conclusões elencadas neste trabalho.

Constatou-se a falta das informações que devem ser prestadas às mulheres grávidas. Apesar de realizarem pelo menos três visitas de pré-natal no âmbito hospitalar, em momento algum foram informadas anteriormente, durante ou após sobre os seus direitos. Quando perguntadas sobre o que seria violência obstétrica, nenhuma das entrevistadas soube dizer corretamente do que se tratava, mas algumas delas demonstraram compreender superficialmente sobre o tema.

O Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, disponibiliza em seu sítio eletrônico¹⁵ diversas informações sobre a violência obstétrica, todavia, não realiza publicidade sobre esse assunto, que correspondem às principais fontes informativas na cidade do estudo de caso. Assim, mesmo as mulheres com acesso à Internet, não tiveram nem mesmo referência para pesquisa: elas desconheciam até o termo “violência obstétrica”, utilizado durante as entrevistas. Portanto, houve falha na divulgação dessa prática violenta como medida preventiva.

Como consequência do primeiro problema identificado, surgiu o segundo: como essas mulheres não aprenderam o que é violência obstétrica, elas não sabem identificar quando a sofrem. Desse modo, as entrevistadas sofreram ofensas verbais, episiotomias, humilhações, dentre outros; e tudo isso sem saber que estavam sendo violentadas. Para elas, cada procedimento deveria ser o correto e o normal.

Também foi possível constatar que a cesariana vem sendo usada como uma prática de programação da mãe, sem levar em conta a necessidade ou mesmo o que seria melhor para a criança. Muitas mulheres têm optado por esse tipo de parto sem que os postos de saúde ou hospitais lhes mostrem os riscos provenientes dessa prática.

Além de não saberem as informações básicas acerca da obstetrícia humanizada, também desconheciam seus direitos básicos. Mas, ainda mais grave, alguns foram negados a elas, como o de ter um acompanhante. A maioria não foi informada de que isso era possível, e, as poucas que solicitaram, tiveram o pedido negado pela própria equipe obstétrica.

¹⁵<http://promocaodasaude.saude.gov.br/promocaodasaude/assuntos/incentivo-ao-parto-normal/noticias/a-violencia-obstetrica-e-os-direitos-da-mulher>.

Diante dos dados colhidos, restou clara a necessidade de uma cartilha informativa a ser mantida nos postos e hospitais e também distribuídas entre as mulheres gestantes. A forma mais eficaz de combater a violência obstétrica é despertando a população para a existência dessa realidade.

Deste modo, o presente estudo não apenas agregou conhecimento acadêmico, mas também trouxe visibilidade para o problema da violência obstétrica. Este trabalho pôde alcançar sua função social, pela elaboração de uma cartilha educativa (em apêndice) a ser disponibilizada para a população de gestantes, podendo ser difundida para outros municípios.

O medo das mulheres, e por depositarem a confiança nos profissionais de saúde, acaba contribuindo para que elas não denunciem os maus-tratos, os descasos por terem tido muitos filhos, ou até mesmo por serem muito jovens. Desta maneira, é necessário um atendimento que não traga dor a elas, inclusive psicológica.

Ressalte-se que a vítima de violência obstétrica tem o direito de reclamar junto à ouvidoria dos serviços de saúde do município, além de recorrer ao Poder Judiciário, por meio de um advogado. Além disso, os serviços “Disque 180” (Violência contra a mulher) e “Disque 136” (Disque saúde) são ferramentas que ajudam no combate desta violência.

O reforço na formação do profissional de saúde para a humanização no parto é essencial, pois grupos focais com gestantes se preocupam mais com cuidados pós-parto (com a amamentação, por exemplo) do que com a prevenção da violência obstétrica. Sendo assim, a utilização do termo “humanizar” vai além da simples reestruturação física dos hospitais. Ele está diretamente ligado à eficácia do serviço prestado por profissionais que dão assistência às parturientes.

As condições do atendimento à mulher são um importante desafio que deve ter atenção, inclusive, da própria família de quem necessita da assistência. Além disso, envolve algo ainda maior: a qualidade dos serviços prestados reflete diretamente na saúde e na satisfação das usuárias.

Por fim, esses profissionais deveriam ser avaliados antes mesmo de entrarem no mercado de trabalho. Uma boa preparação nas instituições de ensino seria ideal. O Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes) analisa

as instituições, os cursos e o desempenho dos estudantes, ao levar em consideração aspectos como ensino, pesquisa, extensão, responsabilidade social, gestão da instituição e corpo docente.

REFERÊNCIAS

ABC.MED.BR, 2014. **Como é o parto Leboyer? Quais são as vantagens e as desvantagens dele?** Disponível em: <<http://www.abc.med.br/p/559347/como-e-o-parto-leboyer-quais-sao-as-vantagens-e-as-desvantagens-dele.htm>>. Acesso em: Jan. 2016.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Parto Normal: a ANS em favor do parto normal e da redução das cesarianas desnecessárias no setor suplementar**. Rio de Janeiro: dez. 2007.

Agenda Nacional de Prioridades na Pesquisa em Saúde no Brasil (2012). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00180.pdf>>. Acesso em 28 nov. 2016.

AGUIAR, J. M.; OLIVEIRA, A. F. P. L. **Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias**. São Paulo, p. 727-739, 2010.

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 11, p. 2287-96, 2013.

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev. Saúde Pública**. 2009, n. 43, v. 1.

ALMEIDA, N. A. M. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. **Revista Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, p. 819-827, 2012.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2ª ed. São Paulo: Pioneira, 1999.

ALVES R., Brasileiro M. C., Brito S. **Interdisciplinaridade: um conceito em construção**. Episteme 2004;19 (02):139-48. 2 - Amorin D S, Gattás M B. Modelo de prática interdisciplinar em saúde. Medicina, 2007.

ARAGÃO, C. O. **A Avaliação da Qualidade do Pré-natal Realizado por Enfermeiros na Ótica das Gestantes Usuárias no Município de Teresópolis**. 2009. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/a-avaliacao-da-qualidade-do-pre-natal-realizado-por-enfermeiros-na-otica-das-gestantes-usuarias-no-municipio-de-teresopolis/21145/>> Acesso em: 10/10/2016.

BALASKAS, J. Parto Ativo. Cidade: Editora Ground, 2008.

BARBOSA, G. P. *et al.* **Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias**. Cad. Saúde Pública. V. 19, n. 6, Rio de Janeiro: nov./dec, 2003.

BARDIN L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Ed 70; 2004. 5 - Batista S H S. **A interdisciplinaridade no ensino médico**. Rev. Bras. Educ. Med. 2006.

BARROS, S. M. O.; MARIN, H. F.; ABRÃO, A. C. F. V. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: guia para pratica assistencial**. São Paulo: Roca, 2002.

BELLI, Laura. *La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos*. **Revista Red Latinoamericana y Del Caribe de Bioética**, [S.l.], ano 4, v. 1, n.7, jan.-jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação**. [online]. Brasília, 2004b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=content&task=view&id=430&Itemid=420>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Pronatec. Brasil Sem Miséria. **Mulheres Mil 2014**. Brasília, 2014.

BRASIL. Justiça determina que mulher algemada em parto seja indenizada. **Estadão**. 14 de agosto de 2014. Disponível em: <<http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,justica-determina-que-mulher-algemadaem-parto-seja-indenizada,1544024>>. Acesso: fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre_natal.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2009.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução n. 339**. Normatiza responsabilidade civil e atuação do enfermeiro obstetra. Set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 11.108 de 2005**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 7 de abril de 2005; 184o da Independência e 117o da República.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 28 nov. 2016.

BRENES, A. C., 1991. **História da parturição no Brasil, Século XIX**. Cadernos de Saúde Pública 7:135-149.

BUCHABQUI, Jorge A. *et al.* **Convivendo com agentes de transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/aprendizado em saúde**. Revista Brasileira de Educação Médica. [on-line]. 2006; 30(1):32-8.

CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. **Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto**. Rev. Latino-Am. Enferm., Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 960-967, 2005.

CHIAROTTI, S. *et al.* Con todo al aire. **Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos**. Rosario: Instituto de Genero, Derecho y Desarrollo, 2003.

COIMBRA, Liberata C; et al. **Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal**. Revista Saúde Pública vol. 37, nº 4. São Paulo, Agosto de 2003.

CONJUR. **Lei que permite acompanhante na parto é descumprida**. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2011-mai-08/lei-federal-permite-acompanhante-hora-parto-descumprida>>. Acesso em: nov. 2016.

CORPOS CETÔNICOS. Disponível em: http://adm.online.unip.br/img_ead_dp/36255.PDF. Acesso em 30 nov. 2016.

CORRÊA, M. D.. **Noções práticas de obstetrícia**. 11ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 1994.

COSTA Neto, M M. **A implementação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

COUTINHO, E. C. A experiência de ser cuidada na sala de partos. *In: Revista Millenium on line*. Revista do ISPV - n.º 30 - Outubro de 2004. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenium/millenium30/>>. Acesso em: 29 nov. 2016.

CRIZÓSTOMO, G. D.; NERY, I. S.; LUZ, M. H. B.. **A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar**. Esc Anna Nery R Enferm, 2007, mar; 11(1): 98-104.

CUNHA, C. C. A. Violência Obstétrica: **Uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais**. 2015. 46f. Monografia (Bacharelado em Direito) Universidade de Brasília, 2015.

DESPERTAR DO PARTO. Disponível em: <<http://www.despertardoparto.com.br/quem-somos.html>>. Acesso em: 20 out 2016.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. 2001. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2001.

_____. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Editora Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO. Vol. 10, mar.2005. p. 627- 637.

DINIZ, C. S. G.; CHACHAM, A. S. O ‘corte por cima’ e o ‘corte por baixo’: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões Saúde Reprod.**, v.1, n.1, p.80-91, 2006.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev. Bras. Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 2, p.313-326, 2009.

D’OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, C. S. G.; SCHRAIBER, L. B. *Violence against women in health-care institutions: an emerging problem*. **Lancet**, v.359, n.11, p.1681-5, 2002.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saude Publica**, v.20, supl.1, p.52-62, 2004.

FAJARDO, M. L. *et al.* (Col.). **Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

FERRAZ, L. N. de S.; LIPPI, U. G. A percepção das usuárias nas consultas médicas e de enfermagem durante o pré-natal no Programa de Saúde da Família. **Revista Saúde Coletiva**, v.36, n.6, p.308–311, dezembro de 2009.

FERREIRA, J. **O corpo signico**. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. de S. (Org.). Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. cap. 8, p. 101-112.

FREITAS, F.; COSTA, S. H.; RAMOS, J. G.; MAGALHÃES, J. A. **Rotinas em Obstetrícia**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2001

GATTÁS, M. L. B.; Furegato, A. R. F. **Interdisciplinaridade: uma contextualização**. São Paulo: Acta Paul Enferm. 2006; 323-27.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1987.

GOMES, A. M. A.; NATIONS, M. K.; LUZ, M. T. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no nordeste brasileiro. **Saúde Soc.**, v.17, n.1, p.61-72, 2008.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. *In*: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 30ª ed. Petrópolis: Vozes, 2011. Cap. 4, p. 79-108.

HOTIMSKY, S. N. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto**. 2007. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007.

IBGE. **Estatísticas do Registro Civil**. Ano 2014. Volume 41. ISSN 0101 - 2207. <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/135/rc_2014_v41.pdf>. Acesso em: nov. 2016.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KRUG, E.G.; *et. al.* **World report on violence and health**. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LEBOYER, F. **Nascer Sorrindo**. São Paulo: Brasiliense, 1996.

LEI Nº 11.108, DE 07 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 25 out 2016.

LOPES, R. C. S.; DONELLI, T. S.; LIMA, C. M.; PICCININI, C. A. **O antes e o depois**: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.18, n.2, p.247-254, 2005.

MANZINI, E. J. **A entrevista na pesquisa social**. Didática, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

_____. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. *In*: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE, S. (Orgs.) **Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial**. Londrina: Eduep, 2003. p.11-25.

MARIN, M. J. S. *et al.* **Pós-graduação multiprofissional em saúde: resultados de experiências utilizando metodologias ativas**. *Interface (Botucatu)* [on-line] 2010; 14(33):331-44. 19 -

MAZON, L.; Trevizan, M. A. **Fecundando o processo da interdisciplinaridade na iniciação científica**. *Ver. Latino-Am Enfermagem* [on-line] 2001;9(4): 83-7. 20.

McCALLUM, C.; REIS, A. P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.7, p.1483-91, 2006.

MORAES, Eleonora de. **Tipos de Parto? Que classificação é essa? Despertar do Parto**. (2008). Disponível em: <http://www.despertardoparto.com.br/tipos-de-parto-que-classificaccedilatildeo-eacute-essa.html>. Acesso em: fev. 2016.

MOURA, Fernanda Maria de J. S Pires. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, p. 452-455, jul-ago. 2007.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n. 8, p. 1859-1868, 2008.

OBJETIVOS DO MILÊNIO. Disponível em: <http://www.objetivosdomilenio.org.br/>. Acesso em: 30 nov. de 2016.

ODENT, M. **Água e Sexualidade - A importância do parto ecológico**. Editora Ciências Contemporâneas, ano 2004.

OLIVEIRA, E. R. A. *et al.* **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. 2011.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora Silva Moreira. **Programa Mulheres Mil no Instituto Federal de Sergipe**: interfaces com a educação e o trabalho. Juiz de Fora, p. 1-9, nov. 2011.

OMS. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1. Acesso: fev. 2016.

_____. **Declaração sobre a Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso: fev. 2016.

_____. **Wo Recommendations for argumentation of labor**. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf. Acesso: mar. 2016.

ONG BEM NASCER. Disponível: <http://www.bemnascer.org.br/p/ong-bem-nascer.html>. Acesso em: 20 out 2016.

PACIORNIK, M. **Aprenda a nascer e viver como os índios**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

_____. **Parto Humanizado: Importante mudança para a saúde**. Nursing, Revista técnica de enfermagem. São Paulo: fev. 2003, n. 6, p.10-11. PAIM, Ariane Dias *et al.* Taxa de Cesárea Primária no Hospital de Clínicas de Porto. 2008.

PARTO DO PRINCÍPIO. Disponível em: <<http://www.partodoprincipio.com.br/sobre>>. Acesso em: 20 out 2016.

PINHEIRO, BC; BITTAR, CML. 2012. **Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde.** Aletheia. 37:212-227.

PINHEIRO, BC; BITTAR, CML. 2013. **Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres.** Fractal: Revista de Psicologia, 25(3): 585-602.

PIAGET J. **Para onde vai a educação?** Rio de Janeiro: Livraria José Olímpio; 1973. 26 - Severino A J. O conhecimento pedagógico e a interdisciplinaridade: o saber como intencionalização da prática. *In*: Fazenda, I. C. A. (Org.). Didática e interdisciplinaridade. Campinas: Papyrus; 2001.

PINHEIRO, Bruna Cardoso. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. **Fractal: Revista de Psicologia**, São Paulo, v.25 – n.3, p. 585-602, Set/Dez. 2013.

PIRES, Denise. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. **Revista Brasileira da Saúde Maternal e Infantil**, Recife, p. 191-197, abr/jun. 2010.

_____. Portaria GM/MS, n. 569, de 1º de junho de 2000. **Dispõe sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.**

PORTAL BRASIL. **Fiocruz vai estudar motivos da opção por parto normal ou cesariana.** Portal Brasil, 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/02/fiocruz-vai-estudar-motivos-da-opcao-por-parto-normal-ou-cesariana>>. Acesso em: nov. 2016.

PORTAL BRASIL. **Pré-natal é fundamental para uma gravidez saudável, diz Ministério da Saúde.** Portal Brasil, 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/05/pre-natal-e-fundamental-para-uma-gravidez-saudavel-diz-ministerio-da-saude>>. Acesso em: nov. 2016.

PORTAL BRASIL. **Senado debate humanização do parto nesta terça (27).** Portal Brasil, 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2014/05/senado-debate-humanizacao-do-parto-nesta-terca-27>>. Acesso em: nov. 2016.

POSIÇÃO DE LITOTOMIA. Disponível em:<<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAf4KkAG/posicoes-cirurgicas-completo>>. Acesso em 29 nov. 2016.

PROGRAMA MULHERES MIL. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/programa-mulheres-mil>>. Acesso em: 25 out 2016.

PRONATEC. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/pronatec>>. Acesso em 29 nov. 2016.

RAMADA, N. C. O. Toque terapêutico: influência nos parâmetros vitais de recém-nascidos. **Hospital Israelita Albert Einstein**, São Paulo, p.421-425. 2013.

REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em 25 out 2016.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. **Ações educativas no pré-natal:** reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 12, n. 2, p. 477-486, 2007.

SCHRAIBER, L.B. **Medicina Tecnológica e Prática Profissional Contemporânea:** Novos Dilemas, Outros Desafios. Tese (Livre-Docência) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

_____. **O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança.** São Paulo: Hucitec, 2008.

SERRA, Sandra G; RODRIGUES, Paulo H. A. **Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil).** *Ciênc. saúde coletiva* vol.15 supl.3 Rio de Janeiro Nov. 2010.

SILVERMAN, D. **Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SOUZA, Jaqueline A. *et al.* A assistência pré-natal realizada pelo profissional enfermeiro na estratégia saúde da família. **Revista Uniabéu**, v.5, n.9, Rio de Janeiro, Jan- Abr/ 2012.

SOUZA, Evandro L.; SILVA, Clemilson A; SOUSA, Cristina P. **Bacteriocins:** Molecules of Fundamental Impact on the Microbial Ecology and Potential Food Biopreservatives. *Brazilian Archives of Biology and Technology*. Vol.48, n. 4: pp. 559-566, July 2005.

TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R. Parto hospitalar – experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. **Rev. Bras. Enferm.**, v.59, n.6, p.740-4, 2006.

TORNQUIST, C.S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.19, supl.2, p.419-27, 2003.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

VELHO, M. B.. Vivência do Parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Revista Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, p. 458-466, abr-jun. 2012.

VÉRAS, R. M. **Etnografia institucional: conceito, usos e potencialidades em pesquisas no campo da saúde**. Sau. & Transf. Soc, v. 1, n. 2, p. 58-66, 2011.

VILELA, E.M.; MENDES, I.J. M. **Interdisciplinaridade e Saúde: Estudo Bibliográfico**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, volume 11, nº 04. Ribeirão Preto. 2003.

ANEXOS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e
Mucuri

Comitê de Ética em Pesquisa



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada: ***“A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERSPECTIVA DAS EGRESSAS DO PROGRAMA MULHERES MIL, MULHERES DO VALE EM MINAS GERAIS”***, em virtude da necessidade de aumentar o nível de conhecimento dos profissionais de saúde, acadêmicos e população geral com o objetivo de gerar um melhor atendimento da população. Esta pesquisa é coordenada pela Professora Ana Catarina Perez Dias contará ainda com o pesquisador Uendel Gonçalves de Almeida.

A identidade de todos os participantes será preservada, pois os resultados visam informar unicamente as respostas, resguardando, assim, os dados pessoais dos entrevistados.

A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. O fato de você não querer participar não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador, com a UFVJM ou com o Instituto Federal do Norte de Minas Gerais Campus Almenara-MG.

Os objetivos desta pesquisa são: * Pesquisar a ocorrência de violência obstétrica entre as mulheres atendidas pelo Programa Mulheres Mil. Desenvolver uma cartilha educativa voltada as mulheres atendidas pelo SUS, informando os direitos das mulheres bem como a rede de proteção disponível na região.

Para tanto, serão consideradas aptas a responder este questionário: mulheres que participaram do Programa Mulheres Mil no período de 2011 a 2015, mulheres que tiveram filhos entre 2005 e 2015 e puérperas cujo parto tenha sido realizado necessariamente no ambiente hospitalar, público ou privado.

Caso decida aceitar o convite, você terá que responder a um questionário em forma de entrevista gravada, sobre a assistência que recebeu durante o pré-natal, parto e puerpério. A data para que você possa responder ao questionário será combinada antecipadamente entre você e o pesquisador. Você tem garantido o direito de não responder a qualquer questão proposta, bem como de questionar qualquer uma delas. O pesquisador está à sua disposição para esclarecê-la e, caso você prefira, não precisará respondê-la. Você poderá desistir de responder ao questionário em qualquer momento. O tempo previsto para a sua participação é de aproximadamente 20 minutos.

Caso aceite participar, você corre o risco de sentir algum constrangimento e desconforto por responder a um questionário que trata do atendimento prestado pelos profissionais de saúde durante o pré-natal, parto e puerpério. Entretanto, tentaremos diminuir esse constrangimento e desconforto aplicando o questionário em sua residência, apenas com a sua presença e do pesquisador, sendo que a data e horário poderão ser marcados por você antecipadamente.

Esperamos que este projeto possa te trazer alguns benefícios, como um melhor discernimento sobre seus direitos, a assistência ao pré-natal, parto e puerpério, a possibilidade de poder receber um atendimento mais transparente em futuras gestações, o que contribuirá para a melhoria da saúde das mulheres da sua região.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos, simpósios, entretanto, os dados/informações obtidas por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. Você poderá solicitar quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento de seu desenvolvimento. A sua participação no projeto será encerrada a qualquer momento em que você demonstrar interesse de desligamento. Isso poderá ser feito através de e-mail enviado ao endereço eletrônico: uendel.almeida@ifnmg.edu.br ou telefone listado abaixo. A desistência de sua participação no projeto não trará nenhum prejuízo ou dano junto aos pesquisadores, junto à Universidade ou ao Instituto Federal do Norte de Minas Gerais - IFNMG. A sua participação, bem como a de todas as participantes envolvidas, será voluntária, não havendo nenhum tipo de remuneração. A participação de todas será voluntária e as participantes não terão nenhum tipo de gasto ou custo.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Coordenadora do Projeto: Ana Catarina Perez Dias

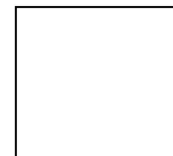
Endereço: Rua da Glória, 187, Centro.

Telefone: (38) 3532-6087

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____



Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM
Rodovia MGT 367 - Km 583 - nº 5000 - Alto da Jacuba –
Diamantina/MG CEP39100000
Tel.: (38)3532-1240 –
Coordenadora: Prof^a. Dr.^a Thais Peixoto Gaiad Machado
Secretaria: Dione Conceição de Paula
Email: cep.secretaria@ufvjm.edu.br e/ou cep@ufvjm.edu.br.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Violência Obstétrica na perspectiva das egressas do PROGRAMA MULHERES MIL, MULHERES DO VALE, MG.

Pesquisador: UENDEL GONÇALVES DE ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 55587116.0.0000.5108

Instituição Proponente: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.639.987

Apresentação do Projeto:

A violência obstétrica caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, por meio de tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres, de acordo com as leis da Venezuela e Argentina onde a violência obstétrica é tipificada. Em relação à violência obstétrica, a proporção de partos via cesariana no Brasil chega a 58% (SUS) do total de nascidos vivos, bem acima de padrões internacionais tal como o estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que limita esta proporção a 15%. Esse projeto tem como objetivo avaliar a perspectiva sobre a existência de violência obstétrica entre mulheres atendidas pelo Programa Mulheres Mil, em um município do baixo Vale do Jequitinhonha. O estudo será transversal, com aspectos quantitativos e qualitativos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Pesquisar a ocorrência de violência obstétrica entre as mulheres atendidas pelo Programa

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000

Bairro: Alto da Jacuba

CEP: 39.100-000

UF: MG

Município: DIAMANTINA

Telefone: (38)3532-1240

Fax: (38)3532-1200

E-mail: cep@ufvjm.edu.br

Continuação do Parecer: 1.639.987

Mulheres Mil.

Objetivo Secundário:

- Identificar os tipos de violência obstétrica a que foram submetidas as mulheres assistidas pelo programa mulheres mil;
- Avaliar o conhecimento do grupo de mulheres sobre a violência obstétrica e os aspectos associados;
- Verificar o conhecimento das mulheres sobre o que é violência obstétrica;
- Apontar a relação entre violência obstétrica e os tipos de partos.
- Desenvolver uma cartilha educativa voltada aos profissionais de saúde e outra voltada as mulheres atendidas pelo SUS, informando os direitos das mulheres bem como a rede de proteção disponível na região.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Há o potencial riscos e o incômodo que esta pesquisa possa lhes acarretar no sentido de que talvez revivam através de lembranças eventuais fatos traumáticos, o que será minimizado ao máximo durante as entrevistas evitando-se adentrar aos detalhes e preciosismos; salientando os benefícios previstos, que tratam justamente da possibilidade deste trabalho contribuir para a redução e possível erradicação dos casos de violência obstétrica, as entrevistadas poderão se recusar responder qualquer pergunta sem que haja qualquer prejuízo.

benefícios: criação de um material informativo tanto para as mulheres quanto para os profissionais de saúde. Trazer um relato das principais queixas que as mulheres têm sobre o atendimento institucional ao parto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa. O trabalho de campo, iniciará após a aprovação do projeto junto ao CEP/UFVJM, entre os meses de julho e setembro, iniciará com as entrevistas realizadas pelo pesquisador às mulheres, objeto deste estudo, sera realizado a gravação das entrevistas nas residencias das mesmas ou em local privado previamente combinado e que ofereça total sigilo e conforto às participantes. Para esta, utilizar-se-á um questionário semiestruturado contendo perguntas específicas relacionadas ao atendimento antes, durante e após o parto. Este questionário somente será aplicado após leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, que a segura a descrição das informações coletadas. Cada mulher será informada sobre a finalidade da pesquisa, o modo da aplicação do instrumento e o destino dos dados coletados. Para as variáveis de caráter quantitativo será realizada a análise descritiva dos dados e posterior análise bivariada e multivariada. local de estudo Esse estudo será desenvolvido no Município de Almenara/MG.

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000

Bairro: Alto da Jacuba

CEP: 39.100-000

UF: MG

Município: DIAMANTINA

Telefone: (38)3532-1240

Fax: (38)3532-1200

E-mail: cep@ufvjm.edu.br

Continuação do Parecer: 1.639.987

participantes/sujeitos Serão entrevistadas as egressas do Programa Mulheres Mil, que participaram deste programa entre 2011 e 2015, dentre estas 20 participaram da pesquisa sendo selecionada as que atenderem aos critérios de inclusão e exclusão e que tiverem tido filhos o mais recentemente dentre todas até se atingir o número total de sujeitos. O Programa Mulheres Mil está inserido no eixo promoção da equidade, igualdade entre sexos, combate à violência contra mulher e acesso à educação, fazendo parte de um conjunto de prioridades das políticas públicas do Governo Federal. Uma das metas do programa é o de garantir o acesso à educação profissional e à elevação da escolaridade de mulheres, de acordo com as necessidades educacionais de cada comunidade e a vocação econômica das regiões. Será feita contato com os sujeitos de pesquisa através de contato telefônico, pessoal ou ofício pelo pesquisador que solicitará a participação voluntária dos mesmos após uma explicação clara, sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades. Será concedido um período para que os sujeitos convidados possam refletir, sobre sua participação no estudo. Critério de Inclusão:

- Serem mulheres egressas do Programa Mulheres Mil, do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais - IFNMG, Campus Almenara MG.
- Terem tido filhos entre 2005 e 2015 e tenham a idade inferior a quarenta anos.
- Puérperas cujo parto foi realizado necessariamente no ambiente hospitalar, público ou privado.

Critério de Exclusão:

- Mulheres que não estavam conscientes no parto.
- Cujo o parto foi no ambiente domiciliar.

Será feito o levantamento de dados através dos questionários aplicados nas entrevistas, buscando se construir um banco de dados

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentado o Projeto de Pesquisa, Folha de Rosto, Cronograma, TCLE e carta de coparticipação.

Recomendações:

- Segundo a Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS, de 21/03/11, há obrigatoriedade de rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador, que deverá também apor sua assinatura na última página do referido termo.
- Relatório final deve ser apresentado ao CEP ao término do estudo em 30/07/2017. Considera-se

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000

Bairro: Alto da Jacuba

CEP: 39.100-000

UF: MG

Município: DIAMANTINA

Telefone: (38)3532-1240

Fax: (38)3532-1200

E-mail: cep@ufvjm.edu.br

Continuação do Parecer: 1.639.987

como antiética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende aos preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos preconizados na Resolução 466/12 CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_674406.pdf	13/07/2016 23:08:12		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoCoparticipe.jpg	13/07/2016 23:07:32	UENDEL GONÇALVES DE ALMEIDA	Aceito
Brochura Pesquisa	ProjetoAlterado.docx	03/07/2016 23:40:12	UENDEL GONÇALVES DE ALMEIDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoFinal.docx	03/07/2016 23:39:19	UENDEL GONÇALVES DE ALMEIDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEsAlterado.pdf	03/07/2016 23:38:31	UENDEL GONÇALVES DE ALMEIDA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	15/06/2016 16:30:32	UENDEL GONÇALVES DE ALMEIDA	Aceito
Outros	questionario.doc	07/06/2016 18:59:09	UENDEL GONÇALVES DE ALMEIDA	Aceito
Outros	AutorizacaoIFNMG.jpg	07/06/2016 15:33:55	UENDEL GONÇALVES DE ALMEIDA	Aceito
Cronograma	CronogramaUendel.docx	09/03/2016 15:36:27	UENDEL GONÇALVES DE ALMEIDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000

Bairro: Alto da Jacuba

CEP: 39.100-000

UF: MG

Município: DIAMANTINA

Telefone: (38)3532-1240

Fax: (38)3532-1200

E-mail: cep@ufvjm.edu.br

Continuação do Parecer: 1.639.987

DIAMANTINA, 18 de Julho de 2016

Assinado por:
Disney Oliver Sivieri Junior
(Coordenador)

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000

Bairro: Alto da Jacuba

CEP: 39.100-000

UF: MG



Município: DIAMANTINA

Telefone: (38)3532-1240

Fax: (38)3532-1200

E-mail: cep@ufvjm.edu.br



APÊNDICES

	<p style="text-align: center;"> MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI DIAMANTINA – MINAS GERAIS Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde www.ufvjm.edu.br </p>	
---	---	---

***A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERSPECTIVA DAS EGRESSAS DO
PROGRAMA MULHERES MIL, MULHERES DO VALE EM MINAS GERAIS***

Questionário quantitativo

Identificação	Codificação
1. Data de aplicação do instrumento: ____/____/____	1. DATA:
2. Instrumento nº _____	2. INSTRU:
3. Entrevistado: _____ (Criar um código relacionando uma Sigla formada pelas iniciais do nome do entrevistado com uma tabela numérica).	3. ENTREV:
4. Data de nascimento: ____/____/____ Anos: _____	4. IDADE:
5. Estado Civil: (1) Solteira (2) Casada (3) Separada (4) Viúva (5) União estável (6) Outro	5. ESTCIV:
6. Número de partos:	6. NUMERO:
7. Número de partos institucionais:	7. NUMERO:
8. Data do último parto institucional:	7. Data:
9. Escolaridade: (1) Sem escolaridade (2) Ensino fundamental – EF (1º grau) incompleto (3) EF (1º grau) completo (4) Ensino médio (2º grau) incompleto (5) Ensino médio (2º grau) completo (6) Superior incompleto (7) Superior completo	9. ESCOLAR:
10. Qual o meio que você mais utiliza para se manter informado (a)? (1) Jornal escrito (2) TV (3) Rádio (4) Revistas (5) Internet (6) Outros (7) Nenhum	10. MEIOINF:

	<p>MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI DIAMANTINA – MINAS GERAIS</p> <p>Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde</p> <p>www.ufvjm.edu.br</p>	 UFVJM
---	--	---

***A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERSPECTIVA DAS EGRESSAS DO
PROGRAMA MULHERES MIL, MULHERES DO VALE EM MINAS GERAIS***

Entrevista qualitativa

- 1- Relate como foi a assistência ao pré-natal:
- 2- Para você o que é violência obstétrica?
- 3- Quais tipos de partos você já teve e o número de cada?
- 4- As respostas a seguir devem ser relacionadas ao seu último parto:
 - a) Qual foi o tipo de parto?
 - b) Onde foi realizado o parto?
 - c) Foi informado seu direito a um acompanhante?
 - d) Quantos anos você tinha no momento do parto?
 - e) Descreva o momento da sua recepção internação para o parto:
 - f) Descreva o seu atendimento pela equipe de saúde no pré-parto:
 - g) Descreva as ações da equipe durante o parto:
 - h) Descreva a assistência ao pós-parto:
- 5- Sobre sua experiência na atenção ao parto descreva:
 - a) Em algum momento você se sentiu ofendida ou ameaçada?
 - b) Houve algo que ti deixou confusa em alguma assistência?
 - c) Qual momento foi mais doloroso?
 - d) Qual momento mais satisfatório?
 - e) Houve alguma ofensa verbal, qual?
- 6- Descreva o tipo de assistência que seria o recomendado para você:

Que atendimento esperar, quando você está esperando!

Autor

UENDEL GONÇALVES DE ALMEIDA

Arte

DORIVANE ARAÚJO SILVA



Conheça aqui seus direitos

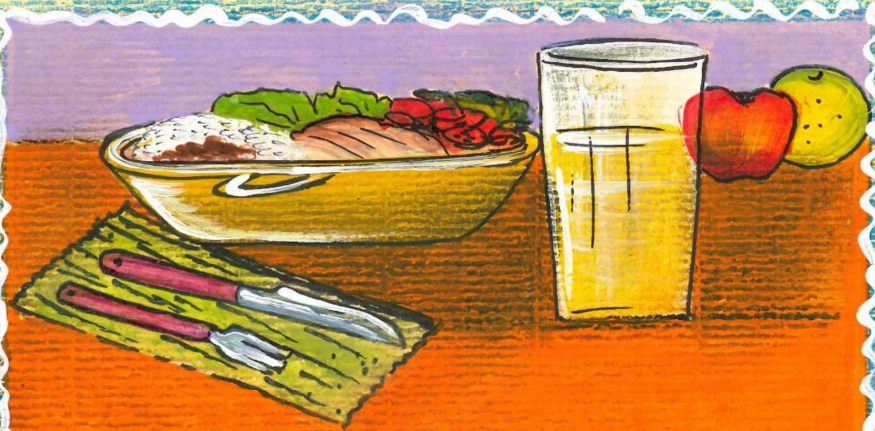
A confecção desta cartilha se deu após a realização do estudo de caso: ***Violência obstétrica na perspectiva das egressas do Programa Mulheres Mil em Almenara, Minas Gerais***, onde foi evidenciado um alto índice de desconhecimento por parte das entrevistadas a cerca da temática abordada na pesquisa. O material foi elaborado com o propósito de auxiliar as mulheres, principalmente as que contam com reduzida efetivação de seus direitos, orientando-as adequadamente acerca dos direitos e situações a qual não devem ser submetidas.



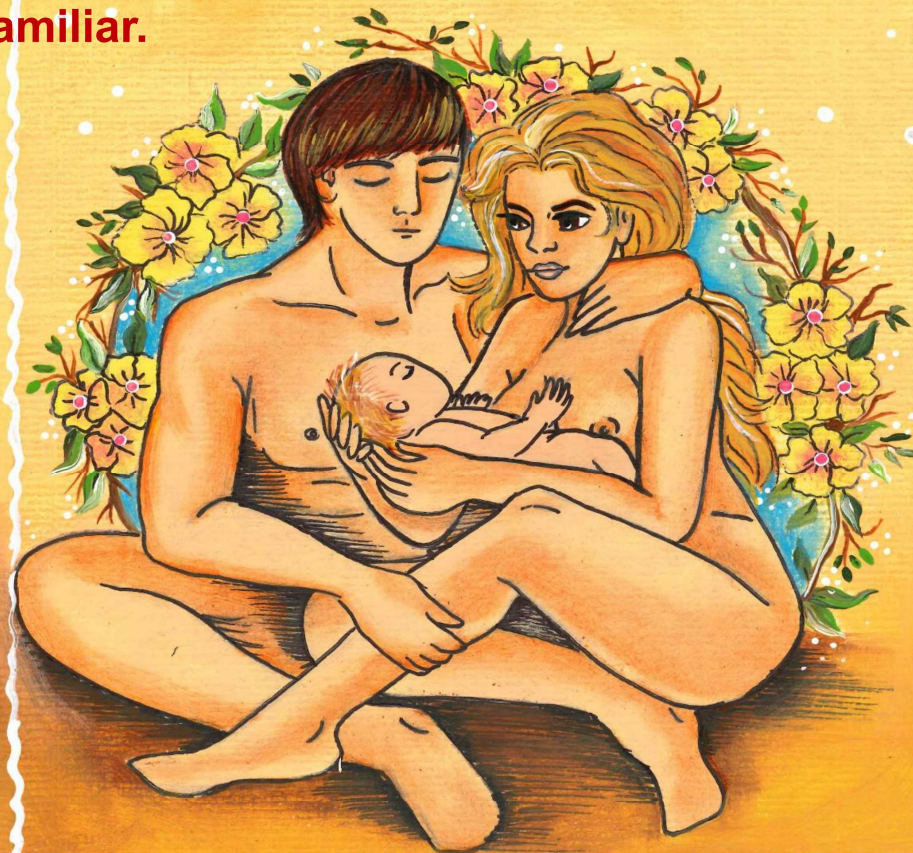
Você sabe o que é Violência Obstétrica?

É a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, por meio de tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos impactando na sexualidade e negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Por exemplo: negar ou dificultar atendimento à grávida; deixá-la sem água ou comida; gritar com ela; Impedir a escolha de forma e de local em que o parto ocorrerá, obrigando-a, por exemplo, a se submeter a uma cesárea ou à episiotomia (corte na vagina), por interesse ou conveniência do profissional da saúde; proibir a entrada de acompanhante; etc...



Tais práticas podem ter consequências adversas diretas para a mãe e a criança. Infelizmente, diversas práticas hospitalares afrontam contra a integridade, intimidade e dignidade da mulher, caracterizando a violência obstétrica, que pode gerar desde desconforto à traumas e quadros de depressão ou outros problemas de saúde que, posteriormente, acabam refletindo na relação familiar.



Posso ter um acompanhante na hora do parto?

Toda a parturiente tem direito a um acompanhante de sua escolha, que poderá estar presente durante todo o trabalho de parto e também na recuperação.

É o que diz a lei 11.108 de 2005:

Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.



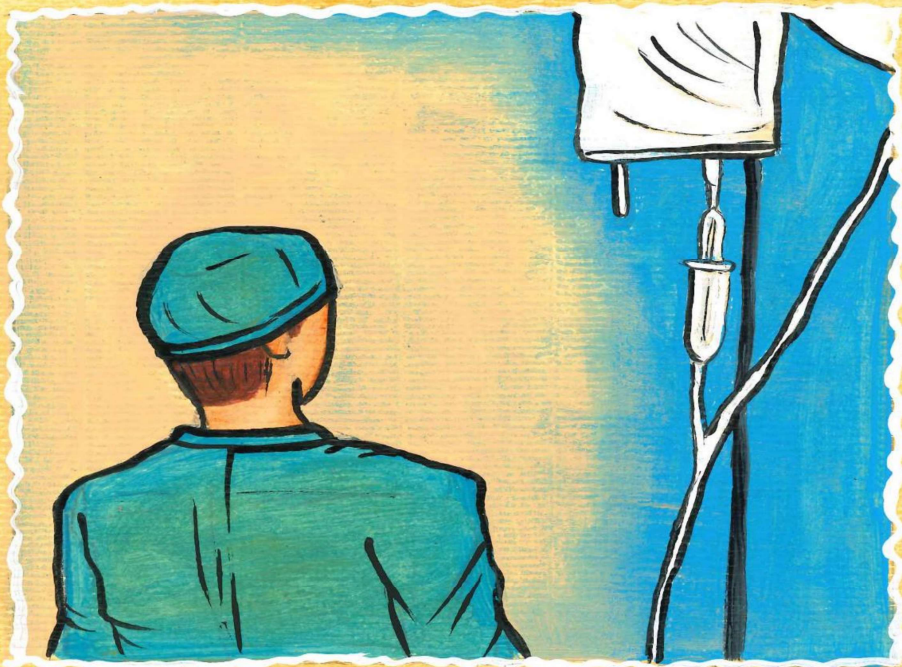
Os benefícios refletem em um parto mais calmo quando a grávida sente-se protegida ao lado de quem eleger para lhe dar força e tranquilidade.

Práticas que devem ser evitadas

USO INTRAVENOSO DE SORO DE HIDRATAÇÃO:

O uso do soro intravenoso prejudica a mobilidade da gestante, dificultando a forma de lidar com as dores uterinas, além de atrapalhar o relaxamento do corpo, dificultando um parto tranquilo e emocionalmente seguro. A aplicação venosa é uma prática desnecessária em nascimentos que sigam a via natural, mas que, em face do grande número de intervenções praticadas atualmente. A mais comum delas é o uso de ocitocina sintética.

OCITOCINA: Geralmente sua aplicação visa induzir o parto nas mulheres com mais de 41 semanas de gestação. Esta prática parte do pressuposto que o período gestacional é um termo exato, sem considerar o desenvolvimento particular de cada feto. Além disso, a ocitocina sintética é um medicamento como outro qualquer, devendo ser usado com parcimônia



e apenas nos casos indicados, pois, o aumento das contrações pode significar uma dor significativamente mais intensa para a parturiente, podendo culminar, inclusive em uma ruptura do útero. O uso banalizado do hormônio sintético apenas reafirma a prevalência do trabalho médico, ao acelerar o tempo gasto com o parto, frente ao conforto da mulher.

LITOTOMIA: Outra prática comum, e ao mesmo tempo controversa dentro do movimento do parto humanizado é a posição de litotomia, na qual a gestante é colocada em decúbito dorsal, as coxas são bem afastadas uma das outras e flexionadas sobre o abdômen. Esta posição é usada para parto, toque é curetagem. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a posição que deve ser adotada pela mulher durante o trabalho de parto no momento expulsivo deve ser sempre aquela no qual se sinta mais confortável.





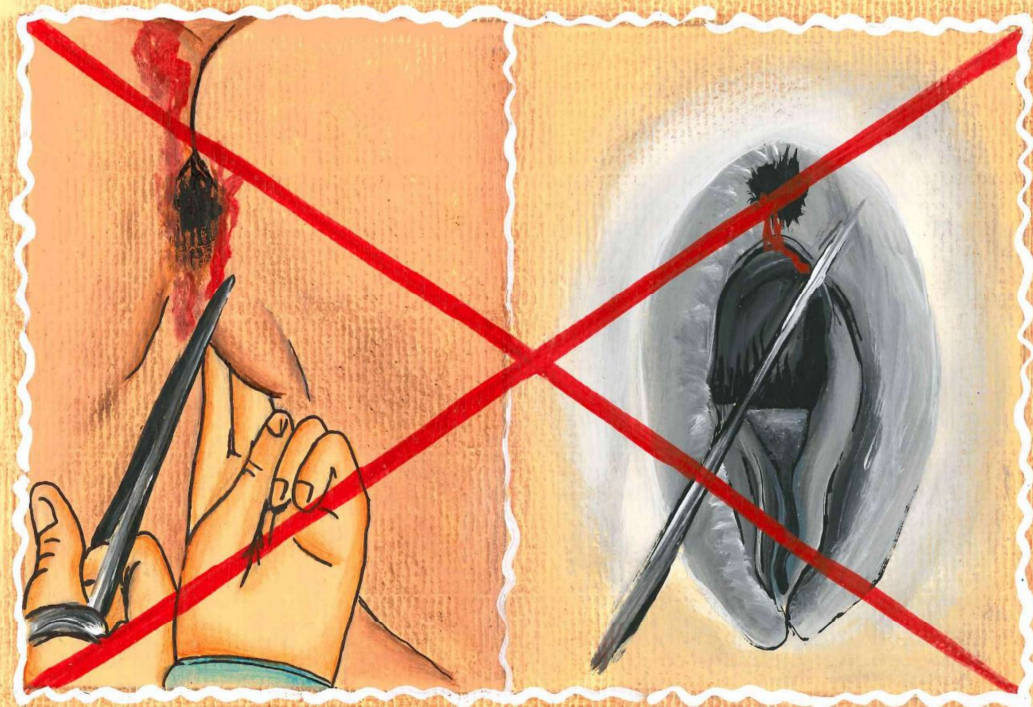
JEJUM: Tendo em consideração que a OMS (2014) definiu como 10% a taxa normal de cesarianas não-eletivas, não há porque manter as futuras mães com fome e sede para prevenir algo estatisticamente improvável. Um trabalho de parto pode durar horas e muita energia é gasta com as contrações uterinas. É recomendado que a parturiente alimente-se com comidas leves como frutas e cereais, além de manter-se hidratada para compensar o líquido que perdido pelo suor.

O que é a Episiotomia?

A episiotomia é uma incisão (corte) realizado na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto. Seu uso se justifica em alguns casos, como necessidade de parto instrumentalizado, sofrimento fetal, acesso para fletir a cabeça do bebê.

Acontece que a Organização Mundial de Saúde recomenda esta prática somente em um a cada dez casos.

Quando a episiotomia é realizada, tem-se o uso quase unânime de intervenção cirúrgica, com a necessidade de anestesia, sutura e ainda com riscos de infecção e erro onde, na realidade, deveria ocorrer um processo natural, sem a necessidade de maiores intervenções. Além dos riscos cirúrgicos, uma incisão em uma região íntima da mulher comumente causa danos psicológicos graves.



Pode amarrar a grávida?

O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP), órgão do Ministério da Justiça, publicou no Diário Oficial a Resolução nº 3, de junho de 2012, que recomenda a não utilização de algemas ou outros meios de contenção em presos que sejam conduzidos ou permaneçam em unidades hospitalares, salvo se restar demonstrado a necessidade da sua utilização por razões de segurança, ou para evitar uma fuga, ou frustrar uma resistência.



Casos como os das detentas durante seu parto são facilmente identificados como casos de violência física. Há, no entanto, linhas mais tênues de atos atentatórios contra a segurança da mulher. O momento do nascimento do filho gera na mulher um estado psicológico de ansiedade e vulnerabilidade. Para que um parto seja saudável e prazeroso, deve ser proporcionado à mulher um ambiente de relaxamento e segurança, o que levará à liberação da ocitocina natural – o chamado hormônio do amor, que irá aumentar as contrações uterinas – e um maior alargamento dos ossos da bacia, facilitando a passagem do bebê.

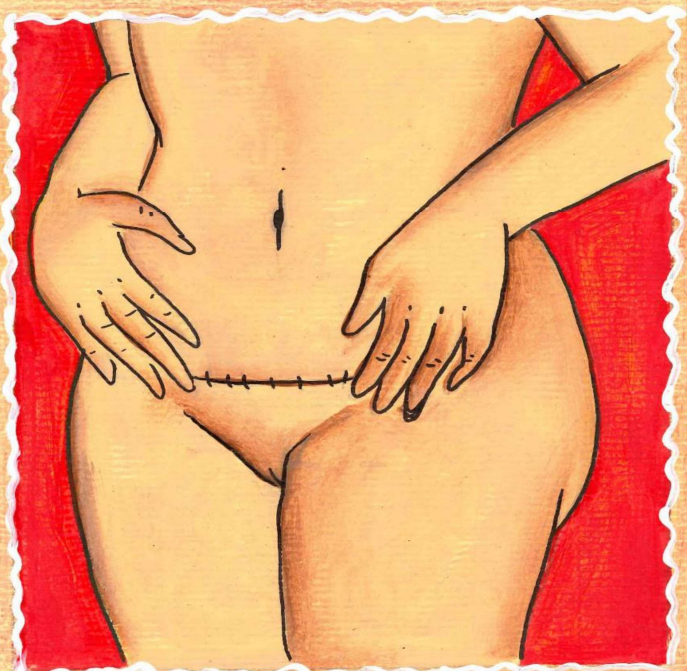
O que é objetificação da gestante?

A objetificação da mulher é ponto de difícil compreensão e aceitação até mesmo para as mulheres que passaram por procedimentos violentos. Isto porque os protocolos hospitalares, muitos deles sem o devido respaldo científico, estão bastante assentados, não apenas pela cultura hospitalar, mas pela sociedade em geral. Desta forma, muitas mulheres, desinformadas, aceitam a experiência como normal, sem se insurgir contra esta realidade e sem se permitir o direito a reclamar seu sofrimento.



Cesariana Eletiva

Cesariana eletiva é aquela realizada sem as reais indicações. O procedimento cirúrgico que surgiu como forma de salvar vidas, tanto da mãe quanto do filho, em casos gestacionais específicos. No entanto, com o tempo a prática do parto incisivo foi se disseminando até chegar em índices. A cultura do parto por meio cirúrgico surgiu da concepção laica de nascimento: em oposição à dor do parto como pena pelo pecado original, a medicina trouxe formas de aliviar o sofrimento da mulher.



A cirurgia é economicamente viável. Na área pública, embora gere mais custos – com anestésias e demais cuidados caros a uma intervenção do tipo – ajuda a desobstruir a estrutura precária. Na área privada, gera mais ganhos aos médicos. Portanto, ao longo do tempo, foi criada uma cultura de cesarianas necessárias sem o devido respaldo médico para tal. Esta cultura foi repassada e aceita pelas mulheres, desrespeitando fisiologia de 42 semanas.

Conheça seus direitos:

Direitos trabalhistas:

- Licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias para gestantes com carteira de trabalho assinada.
 - Não ser demitida enquanto estiver grávida e até cinco meses após o parto, a não ser por “justa causa”.
 - Mudar de função ou setor em seu trabalho, caso ele apresente riscos ou problemas para sua saúde ou à saúde do bebê. Para isso, apresente à sua chefia um atestado médico comprovando que você precisa mudar de função.
- Receber DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO sempre que for às consultas de pré-natal ou fizer algum exame. Apresentando esta declaração à sua chefia, você terá a falta justificada no trabalho.
 - Até o bebê completar seis meses, você tem o direito de ser dispensada do trabalho todos os dias, por dois períodos de meia hora ou um período de uma hora, para amamentar. Combine com seu empregador o melhor jeito de aproveitar esse tempo.
- Licença de cinco dias para o pai logo após o nascimento do bebê.

Além disso, tem os direitos sociais:

- Guichês e caixas especiais ou prioridade nas filas para atendimento em instituições públicas e privadas (bancos, supermercados, lojas).
- Assento prioritário para gestantes e mulheres com bebê no colo em ônibus e metrô. Peça licença e ocupe o lugar que é seu. Não viaje em pé! No ônibus você pode sair pela porta da frente.
- Se a sua família é beneficiária do Bolsa Família, você tem direito ao benefício variável extra na gravidez e durante a amamentação.

Entrega em adoção:

- A Lei nº 12.010/2009 garante a você o direito de receber atendimento psicossocial gratuito se desejar, precisar ou decidir entregar a criança em adoção. Procure a Vara da Infância e Juventude de sua cidade.

Se você for estudante, também tem seus direitos garantidos:

- A Lei nº 6.202/1975 garante à estudante grávida o direito à licença-maternidade sem prejuízo do período escolar.
- A partir do oitavo mês de gestação a gestante estudante poderá cumprir os compromissos escolares em casa – Decreto-Lei nº 1.044/1969.
- O início e o fim do período de afastamento serão determinados por atestado médico a ser apresentado à direção da escola.
- Em qualquer caso, é assegurado às estudantes grávidas o direito à prestação dos exames finais.

Direitos nos serviços de saúde:

- Ser atendida com respeito e dignidade pela equipe, sem discriminação de cor, raça, orientação sexual, religião, idade ou condição social.
- Ser chamada pelo nome que preferir e saber o nome do profissional que a atende.
 - Aguardar o atendimento sentada, em lugar arejado, tendo à sua disposição água para beber e banheiros limpos.

Lei da vinculação para o parto:

- Lei Federal nº 11.340/2007, que garante à gestante o direito de ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal, sobre qual a maternidade de referência para seu parto e de visitar o serviço antes do parto.

GESTANTE E BEBÊ SEMPRE TÊM O DIREITO A VAGA!

- Para o parto você deve ser atendida no primeiro serviço de saúde que procurar. Em caso de necessidade de transferência para outro serviço de saúde, o transporte deverá ser garantido de maneira segura.

Violência Obstétrica

Informação e Denúncia:

Para mais informações sobre a violência obstétrica, acesse www.portalsaude.gov.br ou entre em contato com o posto de saúde ou hospital mais próximo.

Caso precise denunciar uma ocorrência de violência obstétrica, dique:

180 - violência contra a mulher;

136 - Disque Saúde;

Ou procure o Ministério Público de sua cidade.



Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**. Brasília, DF, 1998. Disponível em: Acesso em: 24 ago. 2009. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), resolução n. 339. Normatiza responsabilidade civil e atuação do enfermeiro obstetra. Set. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Lei 11.108 de 2005. **Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília, 7 de abril de 2005; 184o da Independência e 117o da República.
- OMS. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1. Acesso: fev. 2016.
- OMS. **Declaração sobre a Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso: fev. 2016.
- PORTAL BRASIL. **Fiocruz vai estudar motivos da opção por parto normal ou cesariana**. Portal Brasil, 2014. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/02/fiocruz-vai-estudar-motivos-da-opcao-por-parto-normal-ou-cesariana>>. Acesso em: nov. 2016.
- PORTAL BRASIL. **Pré-natal é fundamental para uma gravidez saudável, diz Ministério da Saúde**. Portal Brasil, 2012. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/05/pre-natal-e-fundamental-para-uma-gravidez-saudavel-diz-ministerio-da-saude>>. Acesso em: nov. 2016.
- PORTAL BRASIL. **Senado debate humanização do parto nesta terça (27)**. Portal Brasil, 2014. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2014/05/senado-debate-humanizacao-do-parto-nesta-terca-27>>. Acesso em: nov. 2016.